

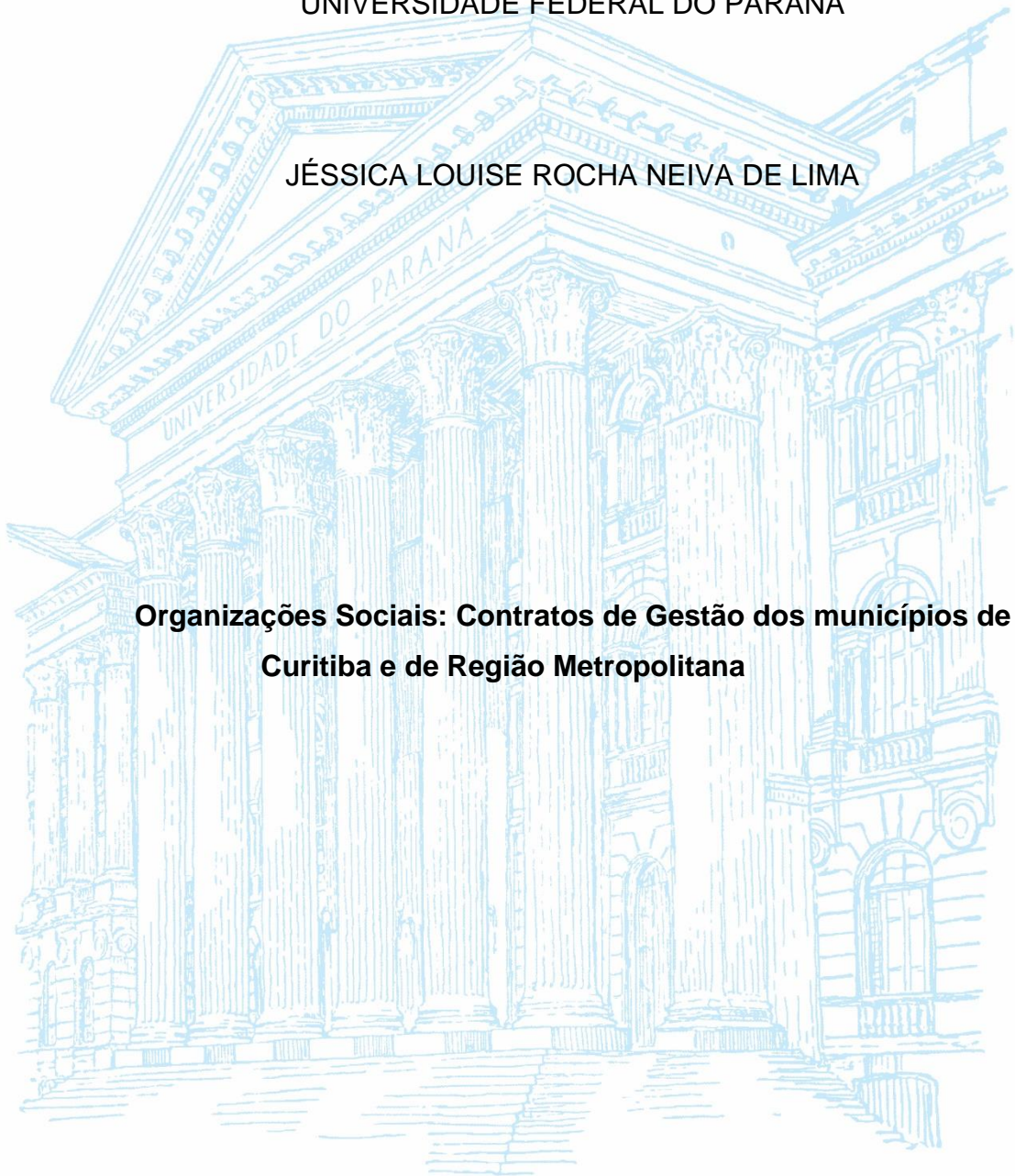
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA LOUISE ROCHA NEIVA DE LIMA

**Organizações Sociais: Contratos de Gestão dos municípios de
Curitiba e de Região Metropolitana**

CURITIBA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA LOUISE ROCHA NEIVA DE LIMA

**Organizações Sociais: Contratos de Gestão dos municípios de
Curitiba e de Região Metropolitana**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do título de grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof.(a). Rodrigo Kanayama

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

Organizações Sociais: Contratos de Gestão no Município de Curitiba e Região Metropolitana

JESSICA LOUISE ROCHA NEIVA DE LIMA

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Rodrigo Luís Kanayama
Orientador

Coorientador

Emerson Gabardo
1º Membro

Luciano Elias Reis
2º Membro

Assinado de forma digital por LUCIANO ELIAS REIS
Dados: 2021.03.01 10:47:30 -04'00'

TERMO DE APROVAÇÃO
JÉSSICA LOUISE ROCHA NEIVA DE LIMA

**Organizações Sociais: Contratos de Gestão dos municípios de
Curitiba e de Região Metropolitana**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do título de grau de
Bacharel em Direito, pela seguinte banca examinadora

Professor Rodrigo Luís Kanayama (rodrigo@kanayama.adv.br)

Professor Emerson Gabardo (emerson.gabardo.br@gmail.com)

Luciano Elias Reis

Curitiba, 06 de março de 2021.

Aos meus pais, ao meu companheiro e aos meus familiares que foram grandes incentivadores e sempre deram condições para a conquista dos meus sonhos.

Resumo

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso foi analisar os Contratos de Gestão entre Organizações Sociais e a Administração Pública, explorando especificidades a respeito desta forma de gerenciamento que vêm tomando cada vez mais força nos municípios do Brasil. Ao longo deste trabalho buscou explorar as flexibilizações trazidas pela terceirização do serviço pelas Organizações Sociais, além disso, busca-se explorar a respeito do entendimento do Tribunal de Contas a respeito da constituição das metas no Plano de Trabalho, na Transparência perante a sociedade e os órgãos de fiscalização, bem como de quando haverá necessidade de alocação da referida verba na rubrica de “despesas com pessoal”. Foram analisados Contratos de Gestão do município de Curitiba e Região Metropolitana e observou-se que há significativo grau de subjetividade na fiscalização das parcerias. O Contrato de Gestão como revolução gerencial está longe de se concretizar nos Municípios analisados, visto que a fiscalização é ineficiente, por ter baixa objetividade e pouco publicidade.

Palavras Chaves: Contrato de Gestão; Terceirização; Transparência.

Sumário

Resumo.....	5
Lista de ilustrações	7
1. Introdução	8
2. Panorama histórico	10
3. Qualificação da Organizações Sociais e Contrato de Gestão	12
4. Natureza jurídica do serviço prestado	14
5. Convênio e Contrato administrativo	14
6. Exigência para atendimento aos princípios constitucionais	16
7. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e Organizações da Sociedade Civil. Algumas distinções com Organizações Sociais.	19
8. Complementariedade da saúde pela iniciativa privada	24
9. Transparência e indicadores de desempenho nos Contratos de Gestão.....	26
10. Repasses em Contrato de Gestão e Gasto com Pessoal	31
11. Análise de Contratos de Gestão e a efetividade da fiscalização.	33
11.1. Fiscalização do Contrato de Gestão em Curitiba e Região Metropolitana	33
11.2. Município de Piraquara	36
11.3 Município de Curitiba	39
11.4 Araucária	42
11.5 São José dos Pinhais	46
12. Conclusão	48
13. Referências.....	51

Lista de ilustrações

Figura1 - indicadores essenciais na gestão hospitalar segundo ANS.

Figura 2 - Maiores Tomadores do Estado do Paraná

Figura 3 - SIT e análise de repasses ao município de Araucária.

Figura 4 – SIT análise do município de Araucária e categorias de gastos

Figura 5 – ITP do município de Curitiba e Região Metropolitana

Figura 6 – Resposta ao pedido realizado no Portal da Transparência do município.

1. Introdução

Com o voto do relator Ayres Britto na ADI 1923 (2015), o Supremo Tribunal Federal decidiu pela constitucionalidade da realização de Contratos de Gestão na saúde entre Organizações Sociais. No âmbito federal o regramento jurídico que estabelece normativas para esta forma de contrato é a Lei 9.637 de 1998, no entanto, Estados e Municípios também possuem competência para legislar sobre a matéria.

No referido julgado o Supremo Tribunal de Justiça aponta que nas parcerias com o terceiro setor haverá a regulação intensa do referido contrato e, ainda, que a aferição do cumprimento do interesse público ocorrerá por meio do estabelecimento de metas e de resultados a serem alcançados:

(...) E é justamente dessa forma, optando pelo fomento acompanhado de uma **regulação intensa**, que os serviços públicos sociais ainda continuarão a ser efetivados pelo Estado brasileiro após a vigência da Lei nº 9.637/98 – e como de fato vêm sendo –, através da colaboração público-privado (...) A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão. Este mesmo contrato de gestão, por outro lado, será o instrumento **consensual que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados**, em uma versão branda da conhecida regulação, temperada pelo princípio da consensualidade e pela participação dos administrados (...) Não há, assim, risco de sucateamento dos setores, que, pela só previsão em lei desse marco regulatório do terceiro setor, não serão colocados à margem do controle do Estado (...)

Diante do referido julgado, o STF decidiu que a celebração do Contrato de Gestão com Organizações Sociais, no âmbito da saúde, é possível, desde que sejam observados os princípios do *caput* do art. 37 da Constituição Federal. Ao Poder Público caberá o direcionamento da atuação do particular, inserindo metas e analisando, periodicamente, os resultados alcançados.

Essa ideia de análise continuada de metas é própria da Administração Gerencial e do panorama histórico do neoliberalismo da década de noventa, fatos estes que serão abordados no segundo capítulo. Será mencionada a criação do Programa Nacional de Publicização, durante 1996, momento em que o Estado passa a ser realocado no cenário público como um coadjuvante.

A reforma no aparelho do Estado, denominada de Administração Gerencial, será o fio condutor do segundo capítulo, apresentando o discurso desta forma de

organização da gestão pública que visa a qualidade e imputação de metas aos serviços ofertados pela Administração Pública.

Nos capítulos terceiro e quarto será abordado, respectivamente, a respeito da qualificação das Organizações Sociais a partir da lei de nº 9.637/98 e sobre a natureza jurídica do serviço prestado, o qual tem característica de serviço público, porém, com a flexibilidade e maleabilidade do serviço prestado por um privado sem vínculo com a Administração Pública.

No quinto capítulo será apresentada reflexões a respeito da diferença entre contrato administrativo e convênio. E, como continuidade da análise a respeito do regime aplicado na parceria, será abordada, no capítulo sexto, a necessidade de respeito de princípios da administração pública, bem como a exigência, periódica, de prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado, conforme a Resolução de nº 03/2006.

No que se refere ao sétimo capítulo será explorada a diferenciação entre a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organização da Sociedade Civil e Organização Social, destrinchando os diferentes regimes jurídicos e os momentos históricos que as propostas de formação destas entidades foram constituídas.

No capítulo oitavo será explorado a respeito da complementariedade da saúde pública pela iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, como proposto no art. 199 da Constituição Federal. Além de apresentar o debate doutrinário sobre o tema, também é aventado o entendimento do Tribunal de Contas da União a respeito da necessidade de fundamentar a transferência da gestão de unidades públicas de saúde para entidades do terceiro setor, demonstrando que há um predomínio da oferta do serviço direto e que há comprovação, em processo administrativo prévio, que alocar parte da gestão ao terceiro setor é necessária.

No capítulo nono é apresentado a necessidade de manter indicadores fidedignos para verificar se houve melhorias na qualidade do serviço prestado. Com relação aos indicadores será explorado como o Tribunal de Contas da União compreende a importância da aplicação de um Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, como previsto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No capítulo décimo será mencionado o entendimento do Tribunal de Contas a respeito da contabilização dos valores dos contratos de terceirização de mão

de obra em “outras despesas com pessoal”, quando há substituição de servidores e empregados. E, por fim, no último capítulo (décimo primeiro), será abordada análise do Contrato de Gestão em Curitiba e Região Metropolitana (Araucária, Piraquara e São José dos Pinhais), dando enfoque à transparência destes contratos, bem como da objetividade das metas estabelecidas nos Planos de Trabalho.

2. Panorama histórico

No início da década de noventa, o Estado como o propulsor e protagonista de serviços de infraestrutura e garantidores de direitos fundamentais, tais como saúde, educação, energia e transporte urbano, passou a ser questionado.

Por meio do Programa Nacional de Publicização o Estado passou a ser reenquadrado em um personagem coadjuvante, restringindo-se a fiscalizar e elaborar propostas de atuação de políticas públicas, enquanto à iniciativa privada caberia pôr em prática as atividades do primeiro setor.

Essa alteração na Administração Pública ao longo do século XX, foram denominadas de Administração Gerencial, a qual tinha por fito reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados, tendo como horizonte a análise dos resultados produzidos (DELGADO; XAVIER, 2008, p. 22). Neste período o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) apresentou Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o qual estaria separado em quatro núcleos: a) núcleo estratégico: três poderes (legislativo, executivo e judiciário), no qual leis e políticas públicas eram definidas e se fazia cumprir; b) núcleo de atividades exclusivas do Estado: poder de regulamentar, de fiscalizar e de fomentar; c) núcleo de serviços não exclusivos: Estado atua com organizações públicas não estatais e privadas para garantir serviços que envolvem a concretização de direitos fundamentais, como saúde e educação; d) núcleo de produção de bens e serviços para o mercado: voltado as atividades econômicas visando o lucro, por isso a atuação se dá por empresas estatais (MÂNICA, 2017, p. 105).

O Plano Diretor apresentado, em 1995, pelo então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso tinha por base uma Administração Gerencial, a qual se voltava a ampliar a eficiência do serviço público com o controle de resultados e a descentralização da atuação:

Em novembro de 1995 o Plano Diretor apresentado por Fernando Henrique Cardoso: (...) o sistema introduzido, ao limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle de processos, e não dos resultados, revelou-se lento e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o País passou a enfrentar diante da globalização econômica. A situação agravou-se a partir do início desta década, como resultado de reformas administrativas apressadas, as quais desorganizaram centros decisórios importantes, afetaram a “memória administrativa”, a par de desmantelarem sistemas de produção de informações vitais para o processo decisório governamental. É preciso agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de gerencial, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições de e que, portanto, se torna “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado. (DELGADO; XAVIER, 2008, p. 21)

Neste panorama, os Contratos de Gestão com Organizações Sociais se inserem no núcleo de serviços não exclusivos do Estado, buscando na capacidade gerencial privada a maximização dos resultados em áreas que promovem direitos fundamentais, como educação e saúde (MÂNICA, 2017, p.108).

Por outro lado, tratava-se de um programa de privatização, nas palavras de Di Pietro (2019, p. 335), nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Instituições Públicas de Saúde seriam transformadas em Organizações Sociais e, conseqüentemente, em entidades de direito privado. (ALMEIDA, 2005, p. 122).

O Programa Nacional de Publicização regulamentou a extinção de órgãos e de entidades, permitindo a absorção destes por Organizações Sociais, as quais, na concepção do projeto fariam parte de um setor que ainda prestaria um serviço público, porém com as flexibilidades próprias de uma entidade privada:

A estratégia de transição para uma administração pública gerencial prevê, ainda, na dimensão institucional-legal, a elaboração, que já está adiantada, de projeto de lei

que permita a “publicização” dos serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, sua transferência do setor estatal ao público não estatal, onde assumirão a forma de “organizações sociais”. (CARDOSO, F. H, 1995, p. 73).

As Organizações Sociais se enquadram na referida reforma gerencial proposta por Luís Carlos Bresser-Pereira, na época Ministro da Administração e Reforma do Estado, implementando o modelo denominado “*quase autonomous non-governmental organisations*” (organizações quase autônomas não governamentais). São entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, possuem autorização legislativa para celebração de Contrato de Gestão, instrumento por meio do qual OS passará a gerir um serviço público, garantindo, em contraponto, o recebimento de dotação orçamentária.

Para garantir o Contrato de Gestão isonômico, é necessário que o ente federativo parceiro apresente edital público, denominado Chamamento Público, procedimento pelo qual Organizações Sociais apresentarão a habilitação, juntamente com Plano de Trabalho, de modo que será escolhida, por meio de critérios objetivos, aquela que melhor se adequar ao edital, em termos de capacidade, experiência e custo-benefício. Nota-se que a escolha da entidade não está sujeita ao arbítrio do gestor público, devendo se dar por meio de processo administrativo:

A qualificação e seleção das organizações sociais devem ser realizadas a partir de critérios objetivos, buscando definir as entidades mais aptas a gerirem os serviços de saúde. Apesar de não ser exigida a realização de procedimento licitatório, faz-se necessário um chamamento público que promova a igualdade entre os postulantes e a transparência das decisões para a sociedade (TCU-TC nº 018.739/2012-1, p.6)

O escopo da política implantada era constituir um esforço sistemático e amplo para definir indicadores de desempenho quantitativo para as atividades exclusivas do Estado (CARDOSO, F.H, 1995, p.76), fato que pode ser observado no inciso I do art. 7º da Lei 9.637/98, no qual consta que no plano de trabalho serão estipuladas metas a serem atingidas, prazos de execução, critérios objetivos de avaliação de desempenho por meio de indicadores, tanto de qualidade, como de produtividade.

3. Qualificação da Organizações Sociais e Contrato de Gestão

A partir do art. 1º da Lei Federal 9.637/98 fica estabelecido que o Poder Executivo poderá qualificar como Organização Social as pessoas jurídicas de direito

privado sem fins lucrativos, que atuem em atividades como: a) ensino; b) pesquisa científica; c) desenvolvimento tecnológico; d) proteção e preservação do meio ambiente; e) cultura; f) saúde. Há imposição de exigências formais à entidade, como os requisitos que devem conter o estatuto, estando estes previstos, na Lei Federal, no art. 2º, inciso I:

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

O dispositivo acima mencionado trata da lei em âmbito federal, no entanto, cada ente federativo tem autonomia para especificar exigências para viabilizar a concessão da qualificação de OS às entidades do terceiro setor, que nelas se enquadrem.

Observa-se que só após a qualificação pelo Poder Executivo é que a entidade terá atingido ao requisito mínimo para firmar um Contrato de Gestão com a Administração Pública. Logo, é possível que uma mesma entidade seja qualificada como OS em diversos estados e municípios, desde que se habilite em todos os editais abertos e cumpra os requisitos.

4. Natureza jurídica do serviço prestado

Di Pietro afirma que as Organizações Sociais são entidades que apesar de integrar o terceiro setor, elas prestam serviço público por delegação, ou seja, substitui o poder público em uma atividade que seria de sua incumbência. Mânica também apresenta que havendo a transferência da atividade do serviço público, haverá delegação deste serviço (MÂNICA, 2009, p. 253). Os bens públicos envolvidos na execução da avença ainda pertencem ao ente federativo parceiro, de modo que serão revertidos ao Poder Público findo o Contrato de Gestão (MÂNICA, 2017, p. 109).

Delgado e Xavier compreender que seria uma zona intermediária, não sendo uma atividade inteiramente privada e nem pública (2008, p.80), sendo, portanto, um regime *sui generis*, pois apesar de não estatal está imbricado no dever de observar princípios do direito público, como isonomia, economicidade, transparência e probidade. Neste mesmo viés, Di Pietro afirma que as atividades exercidas pelas Organizações Sociais mantêm a natureza de serviço público (Di Pietro, 2019, p.337), apesar do regime jurídico da entidade ser de direito privado, este é parcialmente derogado pelo direito público, incluindo-se na categoria de paraestatais:

(...) daí a expressão “entidade paraestatal”; nessa expressão podem ser incluídas todas as entidades integrantes do chamado Terceiro Setor, o que abrangeria as declaradas de utilidade pública, as que recebem certificado de fins filantrópicos, os serviços sociais autônomos (Sesi, Sesc, Senai), as Organizações Sociais (DI PIETRO apud DELGADO; XAVIER, 2008, p. 94).

Apesar da OS ser uma pessoa jurídica de direito privado não haverá a submissão integral ao regime jurídico privado, pois exige-se da entidade a observância às normas e aos princípios próprios do regime jurídico publicístico, colocando-se na categoria de entidades paraestatais (DELGADO; XAVIER; 2008, p. 92). Observa-se que a entidade não poderá ter finalidade ou natureza econômica, pois seu fim é o interesse público. Logo, não poderá objetivar lucro ou proveito empresarial.

5. Convênio e Contrato administrativo

Contrato de Gestão é o instrumento de uma parceria realizada entre o Poder Público e uma Organização Social. Por meio deste contrato a OS se incumbirá da gestão de uma estrutura pública, prestando um serviço de interesse público, e

recebendo, em contraponto recursos financeiros, físicos e/ou humanos (MÂNICA, 2017, p. 105). Esse modelo de gestão, como já mencionado, visava tornar a gestão dos serviços públicos mais racional e mais eficiente.

Com terceiros a relação da OS tem natureza integralmente privada, no entanto, com o ente federativo parceiro a relação é regida pelo direito público. Por se tratar de um contrato administrativo poderá haver modificação unilateral de seus termos pelo ente federativo parceiro, respeitando o princípio da intangibilidade da equação econômico-financeira (DELGADO; XAVIER, 2008, p.91).

Referente a natureza jurídica dos contratos de gestão firmados estes não seriam de natureza puramente contratual, pois não há interesses opostos, mas um protocolo de intenções ou acordo-programa com objetivos comuns. Neste viés, alguns teóricos enquadram o Contrato de Gestão no conceito de Convênio, pois neste há conjugação de esforços para obtenção de um objetivo comum e previamente ajustado.

Mânica explora que, em sentido amplo, é possível reconhecer que o Convênio é uma categoria em que fazem parte todas as modalidades de parceria com o terceiro setor. No entanto, por força da Lei de nº 13.019 de 31/07/2014, houve a limitação da celebração de convênios público-privados às parcerias celebradas no setor da saúde (MÂNICA, 2017, p.96).¹

O instrumento que constitui a relação jurídica entre a administração pública e a organização social é denominado de Contrato de Gestão, o qual será firmado em acordo com o Programa de Trabalho, ou seja, a proposta de gestão ofertada pela OS. Neste contrato são estabelecidas as metas a serem cumpridas, prazos de execução, critérios de avaliação e indicadores de produtividade e qualidade, com isso, sendo respeitados os critérios pré-estipulados será viabilizada a transferência de recurso orçamentários.

E para ter aptidão para firmar o Contrato de Gestão, caberá a administração pública dar à entidade o título de Organização Social após habilitação e declaração de entidade de interesse social e utilidade pública (DI PIETRO, 2019, p. 336).

¹ Em acordo com o Decreto de nº 6.170 de 25/07/2007, o Convênio é entendido no art. 1º, §1º, I, como acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Discal e da Seguridade Social da União e tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e de outro lado, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, **entidades privadas sem fins lucrativos, visando a execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.**

Vale lembrar que a Organização Social prestará o serviço utilizando o patrimônio público, com possibilidade de uso de servidores públicos e sendo mantidas por meio de repasses do ente federativo parceiro, após firmado Contrato de Gestão. Em decorrência dos repasses de dinheiro público as OS se submetem ao controle dos Tribunais de Contas e pelo Ministério Público.

6. Exigência para atendimento aos princípios constitucionais

Para que a Organização Social não subverta os princípios necessários para prestação do serviço público, segundo Di Pietro (2019, p.339) o ideal, para que não seja ferido o art. 37 da Constituição Federal, seria de que fosse cumprido determinadas exigências como: a) passar por processo de licitação para escolha da entidade, viabilizando a isonomia na escolha pelo ente federativo e permitindo a escolha da entidade que melhor preste condições objetivas para desempenhar o contrato; b) exigência de que a OS tenha sede própria, patrimônio, bem como outros requisitos exigidos para que uma pessoa jurídica se constitua, obstaculizando, que entidades sem experiência ganhem o certame; c) demonstração de qualificação técnica e idoneidade financeira para administrar o patrimônio público; d) submeter-se a princípios da licitação quando celebrar contratos com terceiros; e) limitação salarial do quadro de pessoal; f) prestação de garantia.

Ocorre que nem todas as recomendações da doutrinadora são exigências normativas, de modo que a limitação salarial e a prestação de garantia não se aplicam nos casos concretos, nem a necessidade de prévia experiência. Para Di Pietro essas exigências evitariam com que entidades fantasmas e que não possuem patrimônio próprio passem a sobreviver, exclusivamente, do patrimônio decorrente do Contrato de Gestão.

Como as OS foram criadas para flexibilizar o regime público, mas ainda devem respeitar princípios de isonomia, economicidade e publicidade, apesar de não se aplicar exigência de licitação, prevista na Lei de nº 8666/93, o Decreto de nº 6.170 de 25.07.2007, estabelece prévia cotação de preços no mercado.

Não há necessidade de realização de pregão eletrônico, mas é necessário, por outro lado, como previsto no art. 17 da Lei de nº 9637/98, que a OS edite um regulamento de compras e serviços, impondo procedimento próprio (e isonômico) para aquisição e emprego de recursos provenientes do ente federativo parceiro.

O referido regulamento deverá ser aprovado pelo Conselho de Administração da entidade, garantindo, com isso, a publicidade, isonomia, moralidade, impessoalidade e competitividade (MÂNICA, 2017, p. 116). O ministro relator da ADIN, Carlos Ayres Britto, para explicar a desnecessidade de licitação realizou a diferenciação entre serviços públicos e serviços de relevância pública.

Os serviços públicos são de exclusiva titularidade do Estado, de modo que este se vale de concessão e permissão para atuar de maneira indireta, devendo fazer uso da licitação para escolha do agente privado. Isso não ocorre com os serviços de relevância pública, conceito no qual as OS se enquadrariam, segundo Britto. Nestes, o ajuste se daria por meio de convênio, não por contrato público. Seria, conseqüentemente, desnecessário a licitação para aquisição de serviços e bens:

Ao classificar os serviços passíveis de serem objeto de contrato de gestão, Ayres Britto define o ajuste, em linhas gerais, como uma forma de convênio, e não um contrato público, concluindo daí pela “desnecessidade de processo licitatório para a sua celebração”.

Tratando-se da contratação de pessoal, como determinado na ADin nº 1.923/DF será necessário a realização de seleção objetiva e impessoal, com divulgação de edital prévio, em conformidade a regulação interna da própria Organização Social. Em acórdão prolatado pelo Plenário do Tribunal de Contas da União, acórdão de nº3.373/2012, restou estabelecido que os processos seletivos deverão aplicar provas objetivas, permitindo aferir o conhecimento técnico e, ainda, sendo assegurado o sigilo das provas e dos gabaritos:

Em todos os processos seletivos cujas contratações venham a ser pagas com recursos federais do SUS, especialmente de médicos, abstenha-se de realizar seleção apenas mediante análise curricular ou análise curricular e prova com questões subjetivas, aplicando aos candidatos provas com questões objetivas e que possibilitem aferir o conhecimento do profissional em sua área de atuação, bem como adote providências para assegurar o sigilo dessas provas e de seus gabaritos, em observância aos princípios da impessoalidade e da moralidade;

Apesar da exigência criada pela jurisprudência, não há nenhuma vedação à contratação indireta de mão de obra, por exemplo de médicos através de empresas intermediárias. É possível, portanto, que seja contratado uma empresa prestadora de mão de obra de serviços médicos ou serviços de administração, seguindo os parâmetros de cotação de preços do mercado e o regulamento de compra de bens e

serviços da OS, porém, sem, na prática, assegurar a efetividade análise do grau técnico dos profissionais.

A competência para averiguar a higidez do Contrato de Gestão é do Tribunal de Contas do Estado, como dispõe o art. 71, VI, da Constituição Federal o TCE cabe fiscalizar a aplicação de recursos repassados pela União mediante convênio ou outros instrumentos congêneres. No Estado do Paraná o TCE-PR na Resolução de nº 03/2006 explora do art. 34 que será necessário que a entidade preste contas, apresentando ao órgão municipal competente os seguintes documentos:

Art. 34. As prestações de contas das transferências voluntárias municipais, repassadas às entidades da Administração Pública, ou entidades privadas sem fins lucrativos, a título de convênios, auxílios, subvenções sociais, ajustes ou outros instrumentos congêneres, deverão ser apresentadas ao órgão municipal competente nos prazos legais, acompanhadas dos seguintes documentos, sem prejuízo de outros documentos exigidos em ato normativo municipal:

- a) ofício de encaminhamento da prestação de contas ao órgão municipal competente, com observância e adaptações do modelo constante do anexo 1;
 - b) formulário de dados, com observância e adaptações do modelo constante do anexo 2;
 - c) relatórios de execução da transferência voluntária, devidamente assinados, com observância e adaptações do modelo constante do anexo 3, e/ou relatórios de execução de transferência voluntária para as entidades privadas, sem fins lucrativos, destinadas à educação especial, com observância e adaptações do modelo constante do anexo 3-A;
 - d) termo do ato de transferência voluntária, formalizado mediante convênio, ajuste ou outro instrumento congênere, bem como dos aditivos, se houver, e respectivos comprovantes de publicação no jornal oficial do Município;
 - e) plano de trabalho, devidamente aprovado pela entidade concedente dos recursos;
 - f) original do termo de cumprimento dos objetivos, de conclusão de obra, de compatibilidade físico-financeira e/ou de instalação e funcionamento de equipamentos, conforme o caso, expedido pelo órgão competente constante do ato de transferência;
 - g) original da matrícula do INSS, se relativa a obra, realizada em patrimônio público;
 - h) original da certidão negativa de débito do INSS, se relativa a obra concluída, realizada em patrimônio público;
 - i) cópia autenticada do comprovante de publicação da lei municipal no jornal oficial do Município, referente à declaração de utilidade pública municipal, para as entidades privadas, sem fins lucrativos, não integrantes da Administração Pública Municipal;
 - j) certidões liberatórias e negativa, de que tratam o art. 30 desta Resolução.
- § 1º. Os documentos acima citados deverão ficar arquivados no órgão municipal competente, em boa ordem de conservação, de forma individualizada para cada ato de transferência voluntária, à disposição da fiscalização do Tribunal, pelo prazo de 05 (cinco) anos, contado do exame definitivo das contas pelo órgão municipal competente, indicado no ato de transferência voluntária.

O Tribunal de Contas do Estado é um órgão de controle externo e será responsável por fiscalizar a aplicação de recursos e repasses realizados por Estado e Municípios, como prevê o art. 75, II e V, da Constituição Estadual. Nestes termos, o repassador e o tomador devem demonstrar, de forma integral, as despesas realizadas com os recursos públicos transferidos. Além disso, no Decreto de nº 3.100/99 que regulamenta a Lei nº 9.790 e dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, explora no art. 12 os documentos necessários para prestação de conta do Termo de Parceria:

Art. 12. Para efeito do disposto no § 2º, inciso V, do art. 10 da Lei nº 9.790, de 1999, entende-se por prestação de contas relativa à execução do Termo de Parceria a comprovação, perante o órgão estatal parceiro, da correta aplicação dos recursos públicos recebidos e do adimplemento do objeto do Termo de Parceria, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados; (revogado pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

I - relatório anual de execução de atividades, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria e comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados; (Redação dada pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

II - demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;

III - parecer e relatório de auditoria, nos casos previstos no art. 19; e (revogado pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

III - extrato da execução física e financeira; (Redação dada pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

IV - entrega do extrato da execução física e financeira estabelecido no art. 18. (revogado pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

IV - demonstração de resultados do exercício; (Redação dada pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

V - balanço patrimonial; (Incluído pelo Decreto nº 8.726, de 2016)

Observa-se que a completa discriminação dos gastos da entidade é necessária, a fim de demonstrar que não houve desvio de finalidade da verba pública e, também, de que não foram internalizados lucros, com o pagamento, por exemplo, de taxas de administração, cujo caráter indenizatórios pelos custos administrativos suportados pela entidade é vedado.

7. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e Organizações da Sociedade Civil. Algumas distinções com Organizações Sociais.

As OSCIPs são disciplinadas na Lei de nº 9.790 de 23.03.1999, a qual, para Di Pietro, seria um ordenamento mais rígido do que o imposto às Organizações Sociais e, conseqüentemente, mais protetivo (2019, p. 355). Mânica explora que com

o crescimento expressivo do número de entidades do terceiro setor e com a ampla gama de atuação, a lei das OSCIPs nasceu com a proposta de trazer critérios objetivos para definir aquelas entidades que realmente possuem um caráter público (MÂNICA, 2009, p.262). Com o referido escopo a lei apresentou no art. 2º todas as organizações que não podem receber a qualificação de OSCIP, como: a) sociedades comerciais; b) sindicatos, associações de classe ou de representação de categoria profissional; c) instituições religiosas; d) organizações partidárias; e) entidades de benefício mútuo, destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios; f) entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados; g) instituições hospitalares privadas não gratuitas e suas mantenedoras; h) organizações sociais; i) cooperativas; j) fundações públicas; k) organizações creditícias que tenham vinculação com o sistema financeiro nacional.

Além da referida lista, no art. 3º há expressa necessidade de um dos objetivos sociais da entidade visar a promoção: a) assistência social; b) cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; c) educação; c) saúde complementar; d) alimentar e nutricional; e) defesa, preservação e conservação do meio ambiente; f) voluntariado; g) desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; g) experimentação não lucrativa de novos modelos produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; h) novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; i) promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia; j) estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimento técnicos e científicos.

Entre os documentos essenciais para recebimento do título de OSCIP previstos no art. 5º, III e IV, da Lei de nº 9.790/1999, estão a necessidade de apresentação de balanço e de demonstrativo de resultados financeiros do exercício, bem como a declaração do imposto de renda.

Enquanto a OS pode receber delegação para serviço público, a OSCIP recebe fomento do Estado para prática de termo de parcerias em vista a execução de atividades de interesse público, mas que, normalmente, já vem sendo desempenhada pela entidade.

Além disso, a lei federal explora a necessidade de Organizações Sociais assumirem atividades antes desempenhadas por entidades da Administração Pública

(Di Pietro, 2019, p. 361). Por outro lado, as OSCIPs não têm essa pretensão originária, afinal, não devem substituir, a priori, a Administração Pública. Sobre o tema, em auditoria realizada pelo TCU, em processo nº 1.777/2005 – Plenário, o auditor afirmou que as OSs teriam uma maior densidade publicista, a qual seria flexibilizada por regras de direito privado. Por outro lado, as OSCIPs seriam mais próximas do direito privado, o qual seria minimamente derogado, por regras do direito público, em decorrência da aplicação de recursos obtidos com termos de parceria.

Mânica expõe em destaque o art. 6º do Decreto de nº 3.100 de 30 de junho de 1999, no qual interpreta no inciso II, que o art. 3º da Lei de nº 9.790 de 1999, deve ser compreendido como promoção gratuita da saúde é considerado aquela pelo qual a OSCIP o faz mediante financiamento com seus próprios recursos, não sendo considerado recursos próprios os provenientes de cobrança, de repasse ou de arrecadação compulsória. Sobre o dispositivo, o teórico vai de encontro a proposta da lei, explorando que este praticamente inviabiliza a existência da OSCIP na área da saúde:

(...) em que pese a importância das OSCIPs para implementação de políticas públicas, sua concepção e sua natureza, nos termos da Lei de nº 9.790/99, revelam sua inadequação para a formação de vínculo por meio do qual sejam prestados serviços públicos de saúde por entes privados qualificados como tais. Isso não significa dizer, como assinalado, que ações de saúde não possam ser levadas a cabo por meio de OSCIPs, como é o caso, por exemplo de alguns programas federais. Como o Programa Saúde de Família. O que se quer sustentar é que os termos de parceria, ainda que possuam previsão legal próxima daquela dos contratos de gestão previstos pela Lei nº 9.637/98, configuram modelos de ajuste voltados à disciplina de ações de saúde não qualificadas como serviços públicos de saúde (...) (MÂNICA, ANO, 265).

Outra diferença ressaltada por Manica é de que, diferentemente das OS, as OSCIPs não fazem referência a necessária observância das diretrizes do SUS. Logo, o Termo de Parceria pode não ter como objeto serviços públicos de saúde (MÂNICA, 2009, p. 265). Enquanto os contratos de gestão são promovidos pelo trespasse da gestão de estruturas estatais; os termos de parceria têm o escopo de fomentar atividades de assistência à saúde não vinculados ao uso de infraestrutura estatal (MÂNICA, 2017, p. 123):

O termo de parceria é instrumento criado para que entidades do terceiro setor recebam incentivo para atuar “ao lado” do ente público, de maneira distinta dele, e não para que “substitua postos de trabalho” de tal ente, fazendo as vezes do Poder Público.

Observa-se que as OSs assumem um serviço que antes era prestado diretamente pelo Estado, recebendo para gerir patrimônio público e até mesmo servidores. As OSCIPs, entretanto, com a parceria firmada, receberão suporte financeiro para prestar um serviço que já vinha sendo prestado por ela própria.

Por outro lado, tratando da Lei de nº 13.019 de 31.07.2014, esta disciplinou as entidades do terceiro setor denominadas de Organizações da Sociedade Civil, motivo pelo qual a normativa é vista como um resultado de unificação e uniformização no tratamento de parcerias com entidades do terceiro setor. Este ordenamento contém normas gerais aplicáveis na esfera de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Segundo a doutrinadora Di Pietro o conceito de Organizações da Sociedade Civil foi muito restritivo, de modo que o art. 3º teria retirado grande parte do objetivo da lei: “não há dúvidas que a Lei 13.204/2015 restringiu consideravelmente o âmbito de aplicação da Lei 13.019/2014, o que é lamentável, especialmente no que diz respeito às organizações da sociedade civil de interesse público, que são as que mais apresentam desvirtuamento, inclusive de recursos públicos” (Di Pietro, 2019, p. 365).

Diferente das OS e das OSCIPs, as parcerias realizadas com organizações da sociedade civil devem ser formalizadas pelo Termo de Colaboração, Termo de Fomento ou Acordo de Cooperação. No Termo de Colaboração e no Termo de Fomento há finalidade da consecução de atividade de interesse pública por meio de parceria entre a Administração Pública e a Organização da Sociedade Civil, havendo a transferência voluntária de recursos. A diferença é que no Termo de Colaboração a proposta é realizada pela Administração Pública e, por outro lado, o Termo de Fomento a proposto parte da OSC.

No que se refere ao Acordo de Cooperação este também é um instrumento de parceria entre a OSC e a Administração Pública, para consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mas não envolvem a transferência de recursos financeiros.

Diferentemente da Lei de nº 8.666 de 1993 não há o uso do termo licitação para designar o procedimento de seleção da entidade, sendo este denominado de chamamento público. Tanto no termo de fomento, como no termo de colaboração, a OSC deverá apresentar Plano de Trabalho.

No Termo de Fomento o procedimento pelo qual a OSC apresenta a proposta a Administração Pública é denominado Procedimento de Manifestação de Interesse Social. Após a conclusão do Chamamento Público haverá divulgação do sítio oficial da Administração Pública na internet ou sítio eletrônico oficial, a fim de dar publicidade e transparência.

É necessário que a OSC preste contas, de modo que o gestor da parceria possa avaliar que houve execução do objeto pactuado, devendo haver a descrição das atividades e a comprovação das metas e resultados.

Nos termos do art. 73 da Lei 13.019/14, havendo execução em desacordo com o plano de trabalho é possível que a OSC receba sanções, como: a) advertência; b) suspensão temporária da participação em chamamento público; c) impossibilidade de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades do ente federativo parceiro que impôs sanção; d) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público até reabilitação ente federativo parceiro que aplicou penalidade (MÂNICA, 2017, p. 140).

Conforme explora Di Pietro a Lei de nº 13.019/2014 moraliza as parcerias com o terceiro setor, impondo: a) medidas de transparência, como exigência de divulgação, tanto pela Administração Pública, como pela OSC, pela internet; b) três anos de existência prévia e de experiência na área de atuação; c) ficha limpa tanto para a entidade como para os dirigentes; d) Plano de Trabalho viabilizando o controle de resultados; e) restrição na movimentação e aplicação financeira dos recursos de repasses (art. 51 a 53); f) monitoramento e avaliação pela Administração Pública e pelos órgãos de controle; g) exigência de prestação de contas; h) aplicação de penalidades pela execução da parceria em desacordo com o plano de trabalho.

Outro importante aspecto da Lei de nº 13.019/14 está no art. 35, o qual prevê que a formalização do termo de colaboração e do termo de fomento dependerão: a) da realização de chamamento público; b) da indicação expressa da existência de prévia dotação orçamentária; c) demonstração de que os objetivos e finalidades institucionais e a capacidade técnica e operacional da OSC foram avaliados e são compatíveis com o objeto do termo; d) aprovação de Plano de Trabalho; e) parecer de órgão técnico da administração pública; f) designação de comissão de monitoramento e avaliação da parceria; g) emissão de parecer jurídico de órgãos de assessoria ou consultoria jurídica.

Pontua-se que como a OSC não obtém lucro com as parcerias a responsabilidade do poder público passa a ser solidária, nos limites dos gastos previstos nos Planos de Trabalho. Portanto, quando houver descumprimento do acordo por parte do ente federativo, não caberá a OSC responder pelos débitos decorrentes da parceria firmada.

8. Complementariedade da saúde pela iniciativa privada

Com a Constituição Federal de 1988 o direito à saúde se torna um direito fundamental de todos, sendo dever do Estado, como bem expressa o art. 196, garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas. Tratando do papel da iniciativa privada, é possível notar no art. 199 da CF que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, seja mediante contrato de direito público ou por convênio, devendo a preferência ser dada às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

No mesmo viés da CF, a Lei 8.080 de 1990 dispõe de condições para promoção de serviços de saúde, por meio do sistema único. E, assim como já previsto na CF, a iniciativa privada poderá participar do SUS como caráter meramente complementar. No art. 8º da referida Lei Orgânica do SUS há menção a respeito da prestação direta pelo Estado ser quantitativamente superior àqueles serviços prestados indiretamente.

Sobre a complementariedade da iniciativa privada, Mânica compreende que a prevalência do domínio do Estado nos serviços públicos ofertados seria um empecilho a maior efetividade na concretização de parcerias com entes privados (2012, p.4):

O ideal estalizante da prestação de serviços como única fórmula adequada à garantia do direito à saúde, há muito tempo abandonada em países democráticos, e não albergado pela Constituição de 1988, ainda possui adeptos em solo pátrio. Tal pensamento, que tem permeado parte do imaginário jurídico e social no Brasil, ao contrário do que pensam seus arautos, não promove o direito à saúde, mas impede que se concretizem importantes parcerias com a sociedade civil (...) a previsão constitucional da participação complementar da iniciativa privada no SUS não significa a atribuição de dever estatal de prestação direta dos serviços públicos de saúde (MÂNICA, 2012, p.4)

Não há como negar que o constituinte impôs ao ente federativo a obrigação de prestar os serviços de saúde diretamente, cabendo a iniciativa privada um papel subsidiário e, conseqüentemente, coadjuvante (DI PIETRO, 2019).

Os Convênios com as OS, regrados pela Lei de nº 9.637, de 15 de maio de 1998, seguindo a mesma lógica dos dispositivos mencionado, não poderia ser preponderante em comparação aos serviços prestados diretamente pelo ente federativo.

Esse mesmo entendimento vem sendo defendido pelo Ministério Público Estadual do Paraná em representações, manejadas em sede de Ações Cíveis Públicas, nas quais há construção teórica da delimitação objetiva que permitiria aferir se houve (ou não) abuso do uso da prestação de serviços de saúde por meio indireto. Quando isso ocorresse seria configurada a terceirização do serviço de saúde municipal.

Em suma, o Ministério Público expõe os dados que devem ser observados pelos conselheiros do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, a fim de reconhecer se no caso concreto houve ou não terceirização:

- a) Número de quadro de servidores públicos de saúde;
- b) Listagem de concursos públicos realizados nos últimos cinco anos e listagem das respectivas contratações;
- c) Recursos orçamentários destinados à saúde e indicação dos recursos utilizados para o pagamento de servidores;
- d) Serviços de saúde públicos e atividades desenvolvidas

Os referidos indicativos serão utilizados para medir, quantitativamente, se as verbas destinadas às parcerias são superiores àquelas que o município dispõe em seu próprio Serviço de Saúde prestado diretamente.

Citando, a representação de nº 366830/07 (Relator Fernando Augusto Mello Guimarães – Acórdão 1890/2008), em voto observa-se que a complementariedade dos serviços essenciais ocorre quando comprovadamente há demonstração de que toda a capacidade dos órgãos da administração direta e indireta estão sendo utilizados. Atrelado a isso, seria necessário o requisito da insuficiência das disponibilidades para garantir a cobertura assistencial, ou seja, a Administração Pública precisa comprovar que está fazendo uso tanto dos locais físicos, quanto de seus servidores, integralmente, mas, apesar disso, ainda há necessidade de suprir o serviço essencial de saúde em uma dada localidade:

(...) Comprovação, pelo gestor, dos requisitos de insuficiência das disponibilidades para garantir a cobertura assistencial (Lei 8.080, art. 24) da utilização de toda a capacidade instalada (art. 2º, Portaria 356/06MS) e do esgotamento da capacidade de prestação de ações e serviços de saúde pelos órgãos e entidades da administração direta, indireta e fundacionais (art. 5º, Portaria nº 358/06).

O Acórdão 167/18 (Tribunal Pleno), processo sob nº 408934/16 (Conselheiro Ivan Lelis Bonilha), também explora a questão da terceirização dos serviços através de entidades do terceiro setor. No julgado a *ratio decidendi* é pautada no fato do município não comprovar que faz uso integral de seus servidores e unidades de saúde no nível primário (unidades básicas de saúde), secundário (pronto atendimento) e terciário (Hospital). Havendo cargos vagos no quadro de pessoal, de modo que a falta de contratação de profissionais pode ser compreendida como desídia do gestor; neste caso, o uso da parceria seria compreendido como irregular.

Neste acórdão de relatoria de Bonilha também resta pontuado a “generalidade do objeto proposto no contrato, nos termos da decisão: “não se trata de atividades prestadas em caráter complementar, mas sim da assunção total das atividades prestadas pelo Município”, fato que por si só configuraria um ilícito.

Outro ponto que deve ser destacado é que a terceirização é compreendida quando há entrega do controle e do planejamento dos serviços de saúde de forma genérica. A irregularidade decorre, portanto, do fato de se entregar a gestão global ou majoritária dos serviços de saúde pública de um dado Município a uma Organização Social.

Conforme disposto nos julgados analisados, ocorrerá abuso da modalidade de parcerias com o terceiro setor caso não comprovado que houve a prestação de serviços complementares. Configurada a terceirização será considerado que as atividades finalísticas do Poder Público foram delegadas indevidamente; nestes casos não se observa a comunhão de esforços entre parceiros, mas a desídia da Administração Pública.

9. Transparência e indicadores de desempenho nos Contratos de Gestão

Como já explorado, ao longo da década de noventa estudiosos passaram a questionar eficiência e economicidade dos serviços prestados pelo setor público. O maior embate à época (e que se estende até a atualidade) tinha por núcleo a

necessidade de melhoria dos resultados dos serviços públicos e, por outro lado, colocava-se em xeque a falta de transparência e de objetividade para quantificar a qualidade destes. A Administração gerencial, portanto, apresentou a necessidade de análise quantitativa continuada, seja dos serviços públicos prestados por privados ou pela Administração Pública.

Tomando o conceito de José Afonso da Silva (2008, p. 671) a respeito de eficiência, o teórico aborda que se trata da organização racional de recursos, sejam humanos, materiais, ou ainda, institucionais. Trata-se de um serviço prestado com qualidade, em um tempo médio aceitável e que traga o menor ônus ao Estado, seja financeiro, seja humano (ARAGÃO, 2004), por isso a transparência nos resultados produzidos é essencial.

Segundo estudiosos como Domberger e Jensen (1997) a melhoria seria fator natural advindo da própria competição de propostas, viabilizando, com isso o melhor custo-benefício ao contratante. Em acórdão proferido pelo TCU em sede de auditoria que versava sobre as Organizações Sociais, explora que apesar do Contrato de Gestão ter por horizonte a eficiência e corte de gastos, é necessário que o administrador fundamente a motivação da decisão que determinar a transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde para entidades do terceiro setor.

O princípio da motivação dos atos da Administração Pública está previsto no art. 50 da Lei Federal 9.784 29/01/1999 e a doutrina possui entendimento consolidado de que os atos discricionários da Administração Pública devem ser adequadamente motivados.

Para o TCU (TC 018.739/2012-1) a transferência no gerenciamento de unidades públicas de saúde deve adequadamente demonstrar que a terceirização da gestão implicará em um melhor desempenho e em menor custo na prestação dos serviços à população. Para o TCU a situação ideal seria que o Administração Pública apresentasse estudo específico para cada unidade de saúde que seria objeto de terceirização, realizando um estudo comparativo entre custos e produtividade da gestão pela Administração Pública e a gestão entidade privada, permitindo analisar não só a eficiência de contratar com a entidade, mas também realizando uma estimativa de gasto orçamentário (TC 018.739/2012-1, p. 24).

Outro fator de extrema importância é que seja realizado estudo do perfil epidemiológico e de atendimento, de demanda e da capacidade instalada das

unidades que serão geridas, viabilizando a estimativa de valores a serem repassados e metas a serem atribuídas:

(...) cabe recomendar às secretarias de saúde que o processo de transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais seja precedido de estudo detalhado que contemple: (a) justificativa de que a transferência do gerenciamento para organizações sociais mostra-se a melhor opção; (b) avaliação precisa dos custos do serviço e ganhos de eficiência esperados da OS; (c) inclusão de planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos na execução dos contratos de gestão celebrados com organizações sociais e demonstrativo do cálculo das metas estabelecidas; (d) participação das esferas colegiadas do SUS (TC 018.739/2012-1, p. 29)

Com base na decisão acima colacionada é possível dimensionar a importância da determinação de métricas que proporcionem e produzam informações confiáveis sobre o desempenho e avaliação das OSs. Só com a produção de indicadores fidedignos é que poderá ser verificado se houve melhorias na qualidade do serviço prestado e explorar problemas que permitam um desenvolvimento contínuo.

Algumas qualidades desejáveis, segundo o TCU, são enumeradas para a formulação de indicadores de desempenho (TC 018.739/2012-1, p. 43):

- a) Validade: grau segundo o qual o indicador reflete o fenômeno que está sendo medido. O ID (indicador de desempenho) deve ser a expressão dos produtos essenciais de um processo. O enfoque deve ser nos produtos e nos resultados. Assim, o ID deve medir aquilo que é produzido, seja produto intermediário ou final, além dos resultados.
- b) Comparabilidade: propriedade de possibilitar comparações ao longo do tempo e entre diferentes objetos de auditoria.
- c) Estabilidade: as variáveis componentes do indicador devem ter estabilidade conceitual, sua forma de cálculo não deve variar no tempo, bem como devem ser estáveis os procedimentos de coleta de dados para sua apuração. Essas são condições necessárias ao emprego de indicadores para avaliar o desempenho ao longo do tempo.
- d) Homogeneidade: na construção de indicadores devem ser consideradas apenas variáveis homogêneas. Por exemplo, ao estabelecer o custo médio por auditoria, devem-se identificar os diversos tipos de auditoria, já que para cada tipo tem-se uma composição de custo diversa.
- e) Praticidade: garantia de que o indicador realmente é útil para o monitoramento e a tomada de decisões. Para tanto, deve ser testado, modificado ou excluído quando não atender a essa condição.
- f) Independência: o indicador deve medir os resultados atribuíveis às ações que se quer monitorar, devendo ser evitados indicadores que possam ser influenciados por fatores externos.
- g) Confiabilidade: a fonte de dados utilizada para o cálculo do indicador deve ser confiável, de tal forma que diferentes avaliadores possam chegar aos mesmos resultados.
- h) Seletividade: deve-se estabelecer um número equilibrado de indicadores que enfoquem os aspectos essenciais do que se quer medir.
- i) Compreensão: o indicador deve ser de fácil compreensão e não envolver dificuldades de cálculo ou de uso. Indicadores que medem mais de

uma variável e apresentam métricas não intuitivas podem ser usados, e às vezes devem sê-lo, quando têm aceitação e validade.

j) Completude: os indicadores devem representar adequadamente a amplitude e a diversidade de características do fenômeno monitorado, resguardado o princípio da seletividade e da simplicidade.

k) Economicidade: as informações necessárias ao cálculo do indicador devem ser coletadas e atualizadas a um custo razoável, quando comparado com a utilidade gerencial da informação que ele fornece.

l) Acessibilidade: deve haver facilidade de acesso às informações primárias bem como de registro e manutenção para o cálculo dos indicadores.

m) Tempestividade: a apuração do indicador deve estar disponível quando necessária, em tempo para a tomada de decisão.

n) Objetividade: o indicador deve ser inequívoco sobre o que está sendo medido e quais dados estão sendo usados em sua apuração. A objetividade inclui clareza sobre a definição do indicador, de forma a evitar disputa sobre seu significado.

Tratando das metas, estas estarão associadas aos indicadores, devendo possuir as seguintes características (TC 018.739/2012-1, p. 43):

a) Específica: expressar claramente o que deve ser alcançado, sem ambiguidades;

b) Mensurável: expressar em que medida o objetivo deve ser alcançado em certo intervalo de tempo, permitindo avaliação e feedback;

c) Apropriada: estar alinhada com os objetivos gerais ou estratégicos, contribuindo para alcançá-los, isto é, ser relevante para medir os objetivos;

d) Realista: poder ser alcançada no período previsto a custo razoável e considerando as restrições existentes. Levar em conta os objetivos da instituição, o contexto econômico em que está inserida, as limitações orçamentárias, o desempenho anterior. Se as metas não forem realistas, elas serão vistas como meros ideais e não terão influência prática no comportamento do pessoal.

e) Prazo determinado: expressar o período esperado para seu alcance.

No que se refere especificamente a gestão hospitalar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu um Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), por meio da Resolução Normativa ANS 275, de 01/11/2011. Esse programa de monitoramento consiste em um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar.

Os indicadores são providos de qualidade como comparabilidade e capacidade de discriminação de resultados. Segundo o TCU (TC 018.739/2012-1, p. 45) é um importante parâmetro de norteamiento dos indicadores de avaliação previstos nos contratos de gestão, pois têm por escopo apresentar o desempenho do hospital:

Domínio	Indicador
Efetividade / Segurança	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) Implantação de diretrizes e protocolos clínicos
Efetividade	Taxa de mortalidade institucional Taxa de mortalidade cirúrgica Taxa de mortalidade neonatal por faixa de peso do RN
Eficiência	Taxa de ocupação operacional (geral, maternidade, UTI adulto e pediátrica) Média de permanência (geral, maternidade, UTI adulto e pediátrica)
Equidade	Acessibilidade à pessoa com deficiência Medidas para garantir nos atendimentos a prioridade aos indivíduos vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes), excluindo urgência/emergência
Acesso	Acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento/Pronto Socorro Tempo de permanência/ espera dos pacientes na Urgência
Centralidade no Paciente	Satisfação do cliente/ paciente/ usuário Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões
Segurança	Conformidade com os padrões de cirurgia segura

Fonte: <http://www.ans.gov.br/index.php/espaco-dos-prestadores/qualiss/1575-indicadoreshospitales>

Figura1 - indicadores essenciais na gestão hospitalar segundo ANS.

É primordial que a qualidade das metas e dos indicadores estabelecidos no Contrato de Gestão permitam a efetiva parametrização e avaliação das OSs. Ocorre que, como será visto no próximo tópico, muitos indicadores não possuem atributos necessários a fim de viabilizar a avaliação efetiva do desempenho da OS.

É evidente que a terceirização das ações e serviços de saúde aumentam substancialmente a complexidade da implementação de políticas públicas, pois coordenação, supervisão e fiscalização demanda estrutura e capacitação interna de servidores públicos. Não é incomum que juntas externas da Administração Pública sejam formadas por pessoas que não possuem qualquer proficiência em gestão na saúde. Como bem explorou o TCU, em TC 018.739/2012-1, as auditorias são realizadas sem qualificação, de modo que os resultados alcançados são produzidos e examinados de maneira superficial.

Para Marcovith (1997), a gestão das OSs deveria ter três principais eixos: a) transparência; b) mensuração constante de desempenho com relatórios de avaliação; c) comunicação social (relatórios contábeis).

Como já apontado pelo TCU e será também explorado nos estudos realizados, observa-se uma profunda subjetividade nos indicadores de metas de modo

que estas não cumprem a função que se destinam. Além disso, outro evidente problema é a falta de transparência por parte da Administração Pública e as OSs.

Dos cinco Municípios analisados nenhum dos sites oficiais, seja do município ou da Organização Social, disponibilizava os relatórios de metas e balancetes financeiros. O site mais completo dos analisados foi o município de Curitiba, entretanto, ainda assim, aditivos contratuais não foram ofertados ao público. Outro problema, que será explorado nos subcapítulos a seguir, é que os relatórios de análise de metas não são capazes de refletir a eficiência nos serviços prestados de maneira fidedigna.

Não há, conseqüentemente, uma correlação entre os produtos/serviços gerados (*output*) com os insumos utilizados (*input*). A eficiência técnica e alocativa dos recursos não é observada de maneira transparente e objetivamente mensurável (OLIVEIRA, 2016, p. 106).

10. Repasses em Contrato de Gestão e Gasto com Pessoal

O art. 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal determina que os valores dos contratos de terceirização de mão de obra, referente a substituição de servidores e empregados públicos, devem ser contabilizados como “*outras despesas de pessoal*” na lei orçamentária. Deste modo, a prestação de serviço de saúde, mesmo que por entidades privadas sem fins lucrativos, que visem a substituição de prestação direta do serviço pela Administração Pública, devem entrar como “outras despesas de pessoal”, permitindo a verificação dos limites de gastos com pessoal pelo Município.

Outro ponto analisado para determinar se houve a substituição das incumbências do Município pela entidade é delimitar se efetivamente ocorreu a substituição de servidor público na área de responsabilidade do ente federativo. No caso do Município a área de responsabilidade é em atenção básica (primária), não compreendendo, portanto, serviços de média e alta complexidade, nos quais poderiam ser inseridas as consultas especializadas, os exames eletivos e os procedimentos cirúrgicos:

(...) Não é razoável que, quando os municípios se encontrem responsáveis exclusivamente pela atenção básica de saúde, a sua participação no custeio de serviços de média e alta complexidade prestados por outros entes jurídicos, como o próprio estado, consórcios intermunicipais, entidades privadas credenciadas junto ao SUS, implique na exigência de contabilização das despesas decorrentes dessas contratações de serviços como despesas

de pessoal (...) (TCE-PR, nº 862934/18, 27 de fevereiro de 2019 – Sessão nº 6., FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES)

(...) Especificamente quanto à contabilização das despesas realizadas com os pagamentos dos serviços de média e alta complexidade prestados pelo Consórcio intermunicipal local, o CISCOPAR, entende o Parquet que deveriam ser contabilizadas como “outras despesas de pessoal”.

Contudo, tal contabilização deve respeito aos pressupostos legais, fixados no art. 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal⁷, que limita as despesas que deverão ser computadas como “outras despesas de pessoal” àquelas que se refiram à substituição de servidores e empregados públicos.

A matéria é controversa, de fato. Mas exige, no mínimo, que seja aferido objetivamente se as atividades contratadas são, no âmbito do SUS, atividades de competência originária do ente que as custeiam. Ou seja, considerando a estrutura hierarquizada e regionalizada do SUS, é necessário identificar se o Município, mediante pactuação e/ou normas legais, assumiu mais do que a atenção básica como obrigação de sua competência.

Portanto, a demonstração de que os atendimentos de média e alta complexidade em saúde, atendidas mediante contrato com terceiros - sejam eles empresas, consórcios intermunicipais públicos ou privados, ou mesmo outras instituições públicas - encontram-se na competência do ente contratante, apresenta-se como pressuposto intransponível para a exigência de que tais despesas sejam computadas como despesas de pessoal do município.

E, mesmo que tenha sido assumida a competência pela prestação de serviços de média e alta complexidade em saúde pelo ente municipal, a contabilização de despesas com contratação de serviços como “outras despesas de pessoal” exige que tais contratações caracterizem a substituição de servidores ou de empregados públicos.

Nesse sentido, deve ser estabelecida a diferença entre o pagamento de pessoal e a contratação de serviços, o que altera o panorama das despesas de pessoal dos entes públicos. Se não há substituição de servidores e empregados públicos, não há que se falar em contabilização como despesas de pessoal, até porque o mote da LRF ao fazer tal exigência foi exatamente o de impor limitação às despesas de pessoal caracterizadas pela estabilidade e perenidade.

No presente caso, não demonstrada a ocorrência de substituição a servidores municipais em razão da contratação de serviços do Consórcio intermunicipal CISCOPAR pelo Município de Toledo, deixo de receber a representação quanto ao ponto.” (TCE-PR, Peça 07, p. 05-06 dos autos 780555/18)

O Tribunal de Contas do Paraná compreende que não deverá ser contabilizado em despesas de pessoal aquelas terceirizações que não se enquadrem na atividade fim do ente federativo. Logo, será necessário que o cargo substituído exista no Plano de Cargos e Salários. Tratando especificamente dos contratos de terceirização na área da saúde, o TCE-PR compreende que as atividades referentes a atenção básica, de competência Municipal, terão as despesas computadas no índice de pessoal (TCE-PR, 300832/19, ACÓRDÃO Nº 1401/19, IVENS ZSCHOERPER LINHARES).

11. Análise de Contratos de Gestão e a efetividade da fiscalização.

Este capítulo teve como propósito analisar a efetividade da fiscalização interna e externa nos Contratos de Gestão com Organizações Sociais em Curitiba e Região Metropolitana. Inicialmente foi realizada busca panorâmica nos sites dos municípios e das Organizações Sociais, a fim de aferir se o meio de acesso aos Contratos de Gestão, aos relatórios de cumprimento de metas e aos balanços financeiros eram facilmente disponibilizados.

Posteriormente, buscou-se informações através dos portais de transparências disponibilizados nos sites dos municípios e no próprio site do Tribunal de Contas do Paraná – no Sistema Integrado de Transferências Voluntárias. Através do arcabouço documental analisado, observou-se que há significativa flexibilidade e falta de objetividade para aferir o cumprimento contratual e, como abordado em tópico pretérito, é comum que os indicadores não quantifiquem, efetivamente a eficiência do serviço prestado, pois são realizados em descompasso com a realidade das dificuldades ordinárias dos prestadores do serviço.

11.1. Fiscalização do Contrato de Gestão em Curitiba e Região Metropolitana

Em transferências voluntárias nos Contratos de Gestão é necessário que haja o controle tanto interno, como externo, de metas e indicadores de qualidade. O controle interno será realizado por comissão constituída pelos próprios funcionários da Organização Social, os quais ficarão incumbidos de elaborar relatórios periódicos à Secretaria Municipal de Saúde e ao Tribunal de Contas. Por outro lado, o controle externo se dá tanto através da Secretaria Municipal de Saúde, a qual designa servidores próprios para receberem os relatórios das OSs, impugná-los e glosá-los, quando necessário, bem como alimentar o Sistema de Transferência Voluntária do Tribunal de Contas do Estado.

Em conformidade a Lei Complementar nº 113/2005 (Lei Orgânica do TCEPR), é exigido que em todas as transferências voluntárias de municípios haja a alimentação do Sistema Integrado de Transferências (SIT) (Art. 24, § 4º). Com base nestes dispositivos tanto o tomador como o repassador têm o dever de demonstrar (de maneira integral) despesas realizadas com os recursos públicos transferidos, em

conformidade a Resolução 03/2006 e Instrução Normativa 27/2008 do TCE (Lei Federal 9.90/99 e Decreto 3.100/99).

Através deste sistema SIT a sociedade tem acesso fácil e rápido a informações essenciais, como notas fiscais, valores transferidos mensalmente e, ainda, comparações entre outros contratos e entre lapsos temporais distintos. De plano, um importante dado disponibilizado no sistema são os Maiores Tomadores do Estado do Paraná:²

Voltar ao relatório	
MAIORES TOMADORES	
Tomador	Valor Pactuado
CONSORCIO INTERGESTORES PARANA...	699.010.502,22
FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO EM ...	476.562.969,80
MUNICÍPIO DE CURITIBA	458.365.666,77
FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDER...	437.783.129,04
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇ...	228.043.670,99
FUNDO DE URBANIZAÇÃO DE CURITIBA	193.442.000,00
SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO PARAN...	185.500.096,85
INSTITUTO CONFIANCCE	166.232.003,93
HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SRª DA ...	160.246.086,46
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLV...	140.002.885,80
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚ...	124.811.356,34
UNIAO NACIONAL DAS ASSOCIACOES...	124.200.000,00
INSTITUTO VIDA E SAÚDE	100.325.266,19
MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO	98.922.412,63
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS...	98.086.321,33
SANTA CASA DE PARANAVAÍ	91.380.965,55
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE...	82.654.351,87
PRO SAUDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENT...	82.159.321,58
ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE D...	79.925.494,96
FUNDO DE ATENDIMENTO A SAÚDE D...	79.566.033,11
FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOL...	76.459.375,13
MUNICÍPIO DE LONDRINA	72.811.845,89
INSTITUTO PRÓ-CIDADANIA DE CURIT...	69.952.998,26
INSTITUTO DE TECNOLOGIA DO PARA...	69.147.354,85
MUNICÍPIO DE CASCAVEL	68.866.130,95
MUNICÍPIO DE PATO BRANCO	67.759.134,77
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRI...	66.809.798,70
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ	66.400.655,76
Total	14.391.405.417,12

Figura 2 - Maiores Tomadores do Estado do Paraná

Dentre todos os contratos do Estado, com transferência voluntária, há seis Organizações Sociais de Saúde que estão entre as vinte tomadoras com maior recebimento de aporte de valores. Aliás, é importante pontuar que a oitava colocação é ocupada pelo Instituto Confiancce, o qual foi alvo de representação pelo Ministério Público Federal e Estadual em decorrência de desvio de valores e superfaturamento contratual (TCE-PR, processo sob nº 301049/08).

²Acesso ao Sistema Integrado de Transferências (SIT) :<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaNTAzNWVmZjltZjBjOS00MjMyLWI4YTMTYTZIMzYWEyNzA4liwidCI6ImY3MGEwYWY2LWRhMGYtNDViZS1iN2VkLTlmOGMxYjI0YmZkZiIsImMiOiR9.> Acesso em 08/08/2020.

O SIT ³ além de didático é visual, pois permite analisar o município Concedente, o valor pactuado, o valor repassado integralmente e mensalmente, bem como diferenças nos repasses anuais (quando comparados mensalmente):

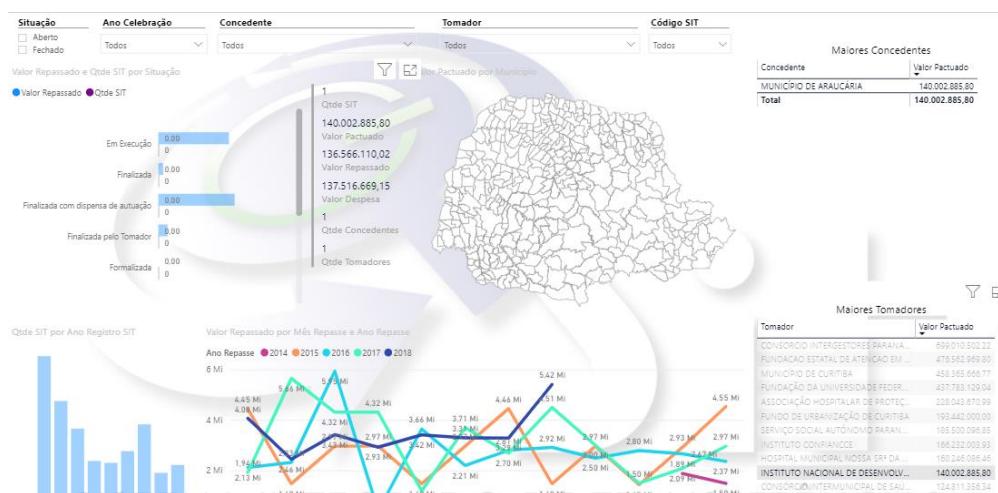


Figura 3 - SIT e análise de repasses ao município de Araucária.

É possível observar, também, as despesas realizadas pelas OSs, as quais são agrupadas em categorias:

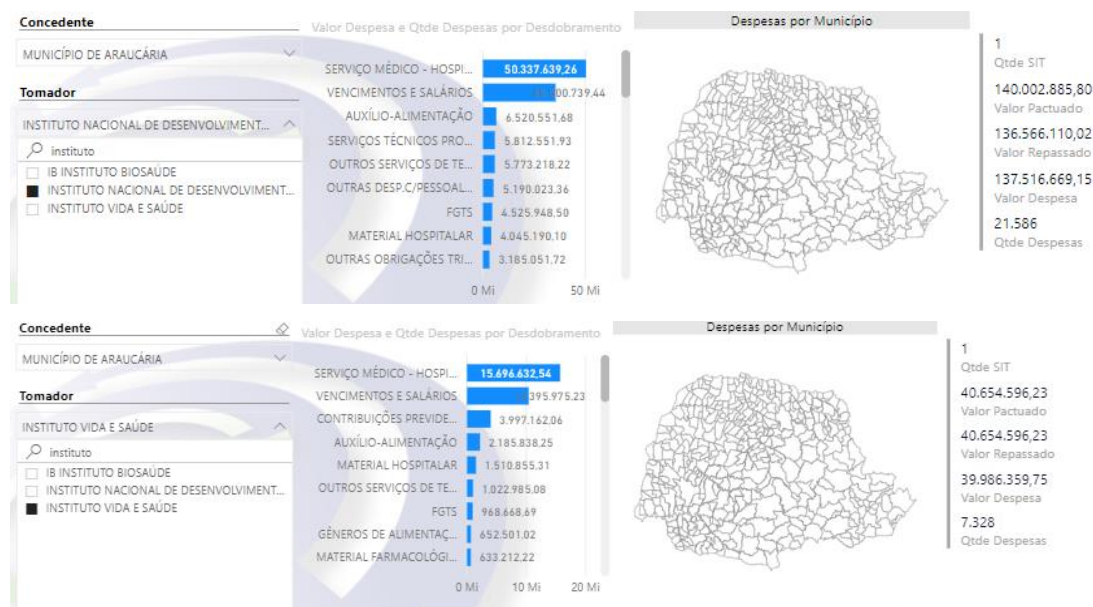


Figura 4 – SIT análise do município de Araucária e categorias de gastos

³ SIT: <https://www1.tce.pr.gov.br/conteudo/sit-sistema-integrado-de-transferencias/53/area/251>. Acesso em: 10/08/2020.

A fiscalização é fator fulcral nos Contratos de Gestão, de modo que tanto o TCE, como a própria Secretaria Municipal de Saúde têm papéis fundamentais na garantia do cumprimento e da transparência na parceria. Ocorre que da análise dos cinco municípios averiguados, há um descompasse profundo na transparência dos relatórios periódicos, os quais, na integralidade dos casos, não estavam disponíveis nem nos sites oficiais dos municípios e nem no próprio site das Organizações Sociais.

O Instituto Nacional de Ciência da Saúde (INCS) é OS que gerencia Unidades de Pronto Atendimento tanto em Curitiba, em Pinhais, como em Piraquara. Além de vários outros municípios de São Paulo. Dos três município, no site da OS INCS não há disponibilização dos relatórios de cumprimento de metas, apenas o contrato de gestão, com adicionais, e alguns contratos de prestadores de bens e serviços.

Em Araucária, o Contrato de Gestão está em vigência com a Organização Social Irmandade Santa Casa de Birigui. No site oficial da OS há disponibilização do Contrato de Gestão e Aditivos, bem como do Plano de Trabalho. Diferentemente da INCS, há disponibilização de relatórios de cumprimento de metas do Plano de Trabalho.

Um importante óbice ao efetivo cumprimento de uma fiscalização efetiva por parte do poder público é nos relatórios realizados por funcionários administrativos, sem familiaridade técnica em auditoria contratual na área da saúde; de modo que a gestão da unidade ou do hospital fica a cargo da OS, sem efetiva intervenção estatal nos trabalhos desenvolvimento.

Como será exposto a seguir, os Planos de Trabalho são constituídos de modelos pré-elaborados pelas Organizações Sociais, as quais apresentam o mesmo plano a vários municípios do Brasil (comprovante que não há qualquer apego ao conhecimento regional da população alvo). Ademais, os mecanismos de análise são planos e com baixa objetividade e não refletem os problemas ordinários das unidades gerenciadas, havendo claro déficit na verticalização da fiscalização periódica.

11.2. Município de Piraquara

A Prefeitura de Piraquara, dentre os municípios analisados, foi aquela que disponibilizou com maior facilidade os documentos requeridos. Através de simples solicitação, por meio do Portal da Transparência do Município, foi possível obter o

Contrato de Gestão e os relatórios de Prestação de Contas de outubro de 2019 a fevereiro de 2020.

Não é de se estranhar, aliás, que de todos os municípios analisados Piraquara é quem está com o melhor Índice de Transparência, segundo o TCEPR:⁴

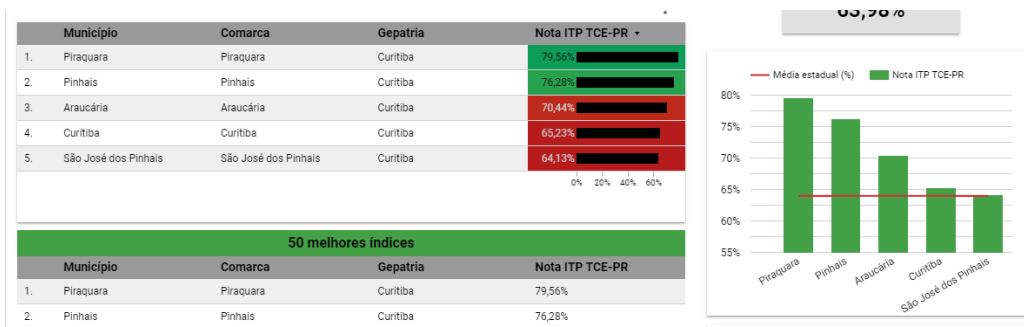


Figura 5 – ITP do município de Curitiba e Região Metropolitana

Tratando-se especificamente da análise da Prestação de Contas, o primeiro ponto que deve ser levantado é que em outubro de 2019, quando foi dado início aos trabalhos desta pesquisa, a OS INCS compreendia que não seria necessário elaborar prestação de contas, pois ainda não teria ocorrido movimentação financeira. Em contraponto, a Comissão da Secretaria de Saúde do município notificou a OS e solicitou documentações compreendidas como essenciais à avaliação da parceria:

- a) Produção Médica;
- b) Número de Atendimentos;
- c) Percentual de desistência por demora de atendimento;
- d) Principais patologias atendidas na UPA;
- e) Produção da equipe de enfermagem;
- f) Contratações de serviços e empregados;
- g) Relatório das comissões;
- h) Relatório dos eixos de classificação e atendimento;
- i) Relatório dos encaminhamentos via Central de Leitos;
- j) Satisfação dos usuários;
- k) Metas definidas em contrato;

Comissão de fiscalização foi constituída pelo Decreto nº 7856/2019, com atuação diária, a fim de avaliar e acompanhar os serviços prestados pela Organização Social. Esta fiscalização externa teria por fito avaliar a qualidade do serviço prestado, o tempo de resposta dos atendimentos, pedidos de exames, indicação de tratamento, produção médica, disponibilidade de materiais, medicamentos e insumos.

⁴ ITP - Acesso em 08/08/2020: < <https://www1.tce.pr.gov.br/conteudo/itp-indice-de-transparencia-da-administracao-publica-controle-social-controle-social/317844>>.

Conforme será observado também nos outros municípios, há significativa padronização dos relatórios e seus dados viabilizam analisar apenas situações efetivamente agudas (principalmente vinculado a erro procedimental).

Em agosto observou-se no relatório que o tempo de espera dos pacientes para atendimento era muito longo, devido aumento da demanda, gravidade e complexidade dos atendimentos. Foi realizado aditivo, em 18 de outubro de 2019, para aumento do quadro médico, de 04 (quatro) para 07 (sete) visando encurtar o tempo entre a chegada do paciente e o atendimento.

O resultado do desempenho da Organização Social frente aos serviços prestados é obtido pela somatória dos pontos alcançados no período. Segundo o plano de trabalho foram constituídos doze indicadores, com o máximo de 150 (cento e cinquenta) pontos, de modo que o repasse variável seria condicionado a referida pontuação:

- a) Taxa de satisfação do usuário: meta é acima de 70% dos usuários estarem satisfeitos (máximo 10 pontos);
- b) Taxa de usuários classificados com risco vermelho com máximo de espera inferior a cinco minutos: meta é que 100% dos usuários com risco vermelho sejam atendidos no tempo adequado (máximo 20 pontos);
- c) Taxa de usuários classificados como risco amarelo com tempo máximo de espera inferior a trinta minutos: meta é que 90% dos usuários com risco amarelo sejam atendidos no tempo adequado (máximo 15 pontos);
- d) Taxa de usuários classificados como risco verde com tempo máximo de espera inferior a duas horas: meta é que 80% dos usuários classificados com risco verde sejam atendidos em tempo adequado (máximo 10 pontos);
- e) Tempo de permanência nos leitos da Unidade de Pronto Atendimento: meta é que 80% dos pacientes saiam em até 12 horas através de encaminhamento na Central de Leitos através do Complexo Regulador (máximo 05 pontos);
- f) Realizar 100% da classificação de risco de pacientes que procuram atendimento de urgência e emergência: meta é que 100% dos pacientes atendidos sejam estratificados por risco (máximo 15 pontos);
- g) Produtividade médica: médica de atendimento de 4.500 pacientes (máximo 10 pontos);
- h) Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados: meta é que 100% de todos os prontuários devem ser finalizados corretamente (máximo 15 pontos);
- i) Taxa de profissionais da saúde cadastrados no CNES: meta é de que 100% dos médicos estejam cadastrados (máximo 10 pontos);
- j) Relatórios das Comissões Implantadas (máximo 10 pontos);
- k) Relatórios das transferências, dos internamentos e da realização de exames fora da UPA (máximo 15 pontos);
- l) Relatório de Notificações Compulsórias (máximo 15 pontos);

O repasse variável depende de um bom desempenho da Organização Social, pois somente se alcançar de 136 a 150 pontos é que a OS receberá todo o repasse. Caso a pontuação seja entre 121 a 135 pontos, o repasse será de 90% (noventa por cento). Entre 76 a 120 pontos, o repasse variável será de 80% (oitenta

por cento). E entre 0 a 75 pontos o repasse variável fica condicionado a 50% (cinquenta por cento).

Nota-se que a pontuação, majoritariamente, é elaborada a partir dos próprios relatórios fornecidos pela OS. Além disso, ao longo dos documentos verificados observou-se que de fato o valor variável é reconhecidamente retido, em conformidade ao sistema de pontos.

11.3 Município de Curitiba

Na capital do Estado do Paraná há apenas um Contrato de Gestão em atuação no setor na saúde. Originalmente, os planos políticos demonstravam que mais 3 (três) Unidades de Pronto Atendimento seriam objeto de acordo com Organizações Sociais (Boa Vista, Sítio Cercado e Cajuru).

Analisando a Avaliação Mensal da Prefeitura Municipal de Curitiba, disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde, é possível observar que há uma planilha com cálculo de indicadores quantitativos e qualitativos, os quais estão previstos no Contrato de Gestão 495, firmado com Instituto Nacional De Ciências Da Saúde.

Em comparação aos demais contratos, observa-se que os indicadores são efetivamente esmiuçados e buscam aferir a realidade de maneira mais precisa, quando comparado aos outros Relatórios de Prestação de Contas analisados.

Os indicadores são analisados pelo Município de Curitiba são:

- a) Produção de Atendimentos médicos mensais: número de atendimentos médicos realizados no mês, multiplicados por trezentos e o resultado dividido pela meta mensal. O resultado deve ser superior a duzentos e setenta e dois vezes o número de dias no mês;
- b) Produção de classificações de risco mensais: número de atendimentos médicos realizados no mês da classificação de risco, multiplicados por trezentos e o resultado dividido pela meta mensal. O resultado deve ser superior a duzentos e setenta e dois vezes o número de dias no mês;
- c) Transporte sanitário: número de transportes sanitários de baixa complexidade e para exames externos realizados, multiplicado por cem, e o resultado obtido da operação anterior deverá ser dividido pelo total de prontuários com transporte sanitário de baixa complexidade e para exames externos. A meta determina que 100% dos prontuários auditados devem constar que a transferência agendada foi realizada.
- d) CNES atualizado: número de profissionais da UPA com registro no CNES, multiplicado por cem, tendo o resultado dividido pelo total de profissionais da UPA. A meta determina que 100% dos profissionais que constam na folha de pagamento, referente ao período de análise, devem estar registrado no CNES da UPA.
- e) Registro de BPA-i e BPA-c. A meta é a ausência de ocorrências.

- f) Preenchimento adequado do prontuário. A meta é que 100% dos prontuários auditados estejam preenchidos adequadamente, conforme o código de ética médica.
- g) Tempo médio de espera de pacientes para classificação de risco: soma dos tempos entre recepção e classificação de risco dos pacientes atendidos na UPA e com classificação de risco no período de análise deverá ser dividido pelo total de pacientes com classificação de risco. A meta é que o tempo médio de espera deve ser igual ou inferior a dez minutos.
- h) Tempo médio de espera para pacientes classificados com risco verde: soma dos tempos entre a classificação de risco e atendimento dos pacientes classificados com risco verde no período analisado, dividido pelo total de pacientes classificados com risco verde. A meta é que o tempo médio de espera seja igual ou inferior a cento e vinte minutos.
- i) Tempo médio de espera para pacientes classificados com risco amarelo: soma dos tempos entre a classificação de risco e atendimento dos pacientes classificados com risco amarelo no período analisado, dividido pelo total de pacientes classificados com risco amarelo. A meta é que o tempo médio de espera seja igual ou inferior a sessenta minutos.
- j) Utilização dos protocolos para pacientes atendidos no eixo crítico: quantidade de solicitações segundo protocolo nos prontuários de pacientes atendidos no eixo crítico analisados multiplicados por cem e divididos pelo total de prontuários da amostra. A meta é que 95% dos usuários sejam atendidos segundo o protocolo.
- k) Reclamação de atendimento profissional registradas na ouvidoria: quantidade de ouvidorias tipificadas como reclamação de atendimento profissional da UPA, no período de análise, multiplicado por cem e dividido pela quantidade de ouvidorias tipificadas como reclamação de atendimento profissional da UPA, no período. A meta é que o total de reclamações tipificadas pela ouvidoria como atendimento profissional sejam inferiores a 15% do total de registros da UPA.
- l) Educação permanente. A meta é que haja uma capacitação por mês, de no mínimo duas horas.
- m) Registro no complexo regulador: transferências cadastradas no sistema e-saúde em até vinte e quatro horas, vezes cem e dividido pelo total de transferências cadastradas no sistema e-saúde. A meta é que 100% das solicitações de transferências cadastradas no sistema e-saúde até vinte e quatro horas do ingresso.
- n) Ação destinada à equipe voltada à segurança do paciente. A meta é que haja uma ação mensal no período analisado.
- o) Quantitativo radiografias abertas no CMCE. O número de ofertas abertas vezes cem, divididos pela oferta pactuada menos dois mil exames. A meta é ofertar 100% da oferta pactuada de duas mil radiografias.

Estes indicadores acima mencionados são analisados através dos Relatórios do e-saúde (a); relatório de auditoria (b); relatório da ouvidoria (c); Relatório da CMCE (d); Documentos técnicos da prestação de contas mensal (e).

É necessário mencionar que além de inexistir quaisquer glosas realizadas ao longo do contrato, dada a preocupação em cumprimento das metas, a UPA CIC foi creditada pela Organização Nacional de Acreditação, recebendo certificação de qualidade e de segurança do paciente, após a avaliação de como higienização,

segurança, assistência médica, gestão da unidade etc.⁵ Outro dado relevante também apurado pela prefeitura de Curitiba (porém, não comprovado), foi de que a Gestão da UPA CIC nas mãos da OS correspondeu, no ano de 2019, no barateamento de 5,4 milhões, quando comparadas ao custo médio de outras UPASs de mesmo porte (como Boqueirão, Campo Comprido e Fazendinha).

Apesar do dado de que a UPA CIC seria mais econômica do que as outras UPAs do mesmo porte, é necessário mencionar que nos autos sob nº 0005198-92.2017.8.16.0004, em que o MPPR manejou Ação Civil Pública, com pedido de tutela de urgência para sustação de certame em decorrência da possibilidade de caracterização de terceirização do serviço de saúde, o Município de Curitiba não juntou aos autos estudo objetivo que demonstre a economicidade dos contratos com Organizações Sociais - fato, aliás, reconhecido pelo Juízo em decisão liminar:

(...) Também não está demonstrada a economicidade dos contratos de gestão em comparação à prestação dos serviços de saúde nas Unidades de Pronto-Atendimento pela Administração Pública direta ou indireta. **Pelo contrário, como discriminado pelo Ministério Público do Estado do Paraná na petição inicial, o estudo técnico que motiva a abertura do Edital de Chamamento Público – Qualificação nº 001/2017 está impregnado de inconsistências.** Isso porque conclui que a escolha pelas organizações sociais trará menor custo aos cofres públicos com fundamento em dois orçamentos informais e pela indevida comparação da média de gastos com as três maiores Unidades de Pronto-Atendimento de Curitiba (identificadas como de grande porte) como sendo a média de gastos para as outras Unidades (identificadas como de pequeno e médio porte). O estudo técnico igualmente não considera que a maior parte das Unidades de Pronto-Atendimento de Curitiba têm seu quadro de pessoal composto, não só por profissionais contratados pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde – FEAES (contratados pelo regime da CLT), mas também por servidores públicos, o que gera aumento nos custos de cada Unidade

É importante reiterar que não há estudos objetivos e quantificados que demonstrem a economicidade da gestão pela Organização Social na área da saúde, de modo que atrelado a precária fiscalização se constitui um meio propício a desvio de finalidade. Ademais, comumente se observa que as Organizações Sociais são vistas como meios do município continuar prestando o serviço essencial, sem, no entanto, inflar os gastos caracterizados com pessoal.

⁵ Segundo o município de Curitiba a UPA CIC é a segunda unidade em toda a região Sul do país a receber a acreditação da ONA e a 14ª no Brasil, sendo a 7ª pública. De todas as acreditadas anteriormente, apenas 6 atendem SUS. Acesso: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/com-qualidade-comprovada-upa-cic-e-a-segunda-do-sul-a-receber-certificacao-da-on/54432>.

11.4 Araucária

Em 2014 o Município de Araucária firmou Contrato de Gestão com o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, tendo por objeto o gerenciamento e execução de atividades de serviço de saúde no Hospital Municipal de Araucária.

Com base na Cláusula Quarta do Contrato de Gestão restou acordado que a Organização Social remeteria, com periodicidade trimestral ao Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde relatório financeiro da aplicação dos repasses e do cumprimento das metas. Além disso, em conformidade a Cláusula Oitava, foi acordado a prestação de contas mensalmente. Por fim, bimestralmente o INDSH deveria alimentar o Sistema Integrado de Transferências do TCE-PR.

Em 2017 as partes celebraram aditivo contratual, prorrogando o Contrato de Gestão. Além disso, vale mencionar que em ação monitória, sob nº 0013333-64.2016.8.16.0025, foi firmado acordo entre o Município e a INDSH (Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano), no valor de R\$ 3.137.724,31 (três milhões, cento trinta e sete mil setecentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavo), decorrente de repasses inadimplidos pelo Município de Araucária.

Em 05 de fevereiro de 2018, por meio do Decreto Municipal de nº 31.847/2018, o Município da Araucária determinou intervenção do Hospital pelo Poder Executivo do Município de Araucária, ocupando imóvel, bens móveis, equipamentos, utensílios e recursos humanos, tendo vista alegar ter encontrado ilegalidades na gestão pela Organização Social. Após a intervenção teria ocorrido o afastamento do Contrato de Gestão e aditivo com base no Processo Administrativo de nº 1.355/2018, através de informes de não conformidade que indicava a execução inadequada e insuficiente do Contrato de Gestão nº 209/2014.

Durante a intervenção do Hospital de Araucária, teria sido realizado Termo Aditivo entre o Município e a Organização Social INDSH prorrogando o contrato. Entretanto, o aditivo foi firmado à revelia do conhecimento da Organização Social, fato, aliás, que motivou a impetração de Mandado de Segurança, a fim de exigir a sustação dos efeitos do aditivo, bem como determinar que o município parasse de fazer uso da personalidade jurídica da INDSH – a fim de se beneficiar de um regime jurídico externo às exigências impostas ao regime público.

Nos termos da denúncia realizada junto ao TCE PR: “o município não apenas assumindo a gestão hospitalar, afastando toda a diretoria da entidade contratada, mas passaram a utilizar-se do nome e da figura jurídica da instituição, que é entidade de direito privado, para realizar as atividades sócio econômicas” (TCE-PR, processo sob nº 395198/18, Conselheiro Fernando Augusto Mello Guimarães).

Em sede de cautelar o TCE PR determinou que o município parasse de fazer uso do CNPJ da Organização Social, além disso, dada a gravidade dos fatos apresentados, bem como a completa inexistência de demonstrações financeiras, bem como dos valores repassados a entidade, foi requerido o encaminhamento dos autos ao Ministério Público Estadual, bem como a Coordenadoria Geral de Fiscalização do Tribunal de Contas, a fim de viabilizar inspeção *in loco*, do Hospital Municipal de Araucária.

Junto aos autos do mandado de segurança (autos sob nº 0005322-75.2018.8.16.0025), interposto pela Organização Social, foi juntado laudo de auditoria realizada em 13 de setembro de 2018. Ocorre que o referido laudo se trata de mera inspeção do local, explorando cômodos e materiais de forma superficial, sem qualquer demonstração de uma fiscalização periódica e continuada dos serviços da entidade.

Além disso, é necessário explorar que durante o gerenciamento do Hospital pela OS INDSH houve perda da certificação viabilizada pela Organização Nacional de Acreditação, classificação que o Hospital detinha anteriormente. Logo, isso seria um forte indicativo objetivo da piora da gestão do hospital, seguindo a conclusão explorada na auditoria:

“(...) o HMA chegou a acreditação nível 3 pela ONA na gestão anterior ao IDSH, na qual o enfoque é excelência em gestão. A organizações chanceladas com excelência atendem aos requisitos dos níveis 1 e 2, além de disporem de uma cultura organizacional que busca continuamente a melhoria (...). O cenário atual que foi observado nos processos do HMA é incompatível com processos de acreditação, pois a falta de gerenciamento nos vários níveis e setores, com sistema de informações fragmentado, não atende nem os requisitos básicos do Nível 1 da ONA, que se refere a segurança estrutural e assistencial.

Enfim, o que se percebe claramente é a falta de gerenciamento, controle, definição dos processos internos no Hospital (identificações falhas a beira dos leitos, registros de temperatura rubricados ou em branco, não implementação de SAE etc”.

Vale mencionar, ainda, que existe indicativos de quantificadores de metas do Contrato firmado, no entanto, são extremamente genéricos e de difícil objetificação, como “Participação nas Políticas Prioritárias do SUS”; “Especialidades Médicas”. Por

fim, não há nenhum indicativo de que os relatórios de fiscalização realmente eram realizados, pois nos autos o único relatório juntado foi da auditoria de 2018, sendo que o Contrato de Gestão já estava vigente desde 2014.

Apesar do imbróglio, o Contrato de Gestão teria perdurado até agosto de 2018; data a partir da qual o Instituto Vida e Saúde passou a assumir a gestão do Hospital de Araucária, conforme Contrato de Gestão 117/2018. Segundo este termos firmado seria necessário o envio Quadrimestral à Secretaria Municipal de Saúde de relatório de desenvolvimento das atividades, elaborando relatório circunstanciado e encaminhando cópia ao Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde.

No final de 2017 o Ministério Público do Estado do Paraná manejou Ação Civil Pública por Ato de Improbidade Administrativa, autos sob nº 0010134-03.2017.8.16.0024, na qual figurou como Réu o ex-secretário Municipal de Saúde, o ex-secretário Municipal de Ação e Desenvolvimento Social de Almirante Tamandaré, o Instituto Vida e Saúde, bem como o Diretor Geral desta instituição.

O objeto da referida ação de Improbidade Administrativa visa apurar contratação ilegal de OSCIP para o fornecimento de mão de obra terceirizada, para prestação de serviços de saúde e assistência social. O Ministério Público aponta que a previsão de parcerias com o terceiro setor está sendo utilizado como participação exclusiva das instituições privadas na prestação de serviços do Sistema Único de Saúde; e não complementar.

Além disso, o MP expressa que a parceira OSCIP trata-se, na realidade de empresa com finalidade lucrativa, disfarçada de organização de terceiro setor. E, ainda, que haveria flagrante desvirtuamento e abuso da possibilidade de contratação do terceiro setor à título suplementar.

Nestes autos também há informação de que o município e a INVISA firmaram 10 (dez) Termos de Parceria, fato que o Ministério Público aponta como tentativa de maquiar uma dada locação de mão de obra. ⁶

⁶ a) Termo de Parceria 01/2011 para a “realização de ações de apoio à operacionalização e execução do Programa ‘Casa de Passagem’”; b) Termo de Parceria 01/2011 para a “operacionalização e execução do projeto ‘Pronto Atendimento 24 Horas’”; c) Termo de Parceria 02/2011 para a “operacionalização e a execução do projeto ‘CAPS II’”; d) Termo de Parceria 02/2011 para “implantar e executar o Projeto CRAS I e CREAS”; e) Termo de Parceria 03/2011 para “implantar e executar o Projeto CRAS II no Município de Almirante Tamandaré”; f) Termo de Parceria 04/2011 para “implantar e executar o Projeto AMIGO DE VALOR no Município de Almirante Tamandaré”; g) Termo de Parceria 05/2011 novamente para a “execução do Projeto ‘Pronto Atendimento 24 horas’ na Unidade de Saúde

Nesta mesma denúncia é apontado, também, que o prefeito teria agido com desídia, pois deixou de estruturar os serviços sanitários e sociais do município de Almirante Tamandaré e realizou contratação de mão de obra, sem concurso público, através de intermediária OS. O valor repassado ao INVISA do Fundo Municipal de Saúde corresponde a 40,72% dos gastos do município em 2011 e 49,15% em 2012.

Em Ação Civil Pública de Responsabilização por atos de Improbidade Administrativa está em sede de instrução probatória, não havendo decisão de mérito sobre o tema.

A gestão do hospital de Araucária em 2018 sofreu nova alteração, visto que o INVISA, em decorrência da perda da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social, denunciou o Contrato de Gestão. Em seu lugar foi alocada a Irmandade Santa Casa de Birigui, a qual teria ficado na segunda posição do processo seletivo de organização social de nº 001/2018. Foi firmado, portanto, novo contrato de gestão sob 80/2019 para o desenvolvimento de ações e serviços no Hospital Municipal de Araucária.

Diferentemente do INVISA (que em seu site sequer possui menção ao Contrato de Gestão com Araucária) a Irmandade Santa Casa de Birigui disponibiliza grande parte das Prestações de Contas Mensais, de modo que a transparência é mais efetiva nesta Organização Social. Além disso, os relatórios de Prestação de Contas Assistenciais, assim como de Curitiba e de Piraquara, os indicadores são pouco objetivos, voltados apenas a quantificação dos serviços: a) saídas hospitalares; b) número de cirurgias eletivas de média complexidade; c) número de cirurgias realizadas por especialidade; d) número de procedimentos; e) taxa de exames de imagem.

Apesar dos problemas observados anteriormente entre os contratos do município de Araucária e a OS Instituto Nacional de Desenvolvimento Humano e, posteriormente, com o INVISA (fato apurado em sede de Ação Civil Pública); a

Cachoeira”; h) Termo de Parceria 07/2011, para a “operacionalização e execução do projeto ‘Pronto Atendimento 24 Horas’ na Unidade de Saúde situada no bairro Cachoeira”; i) Termo de Parceria 01/2012, para a “operacionalização e a execução do projeto ‘CREAS’”, em continuidade ao Termo de Parceria 02/2011 e aparentemente nos mesmos moldes (embora não constem do termo as informações nem tenham sido apresentados os documentos pertinentes ao Programa de Trabalho); j) Termo de Parceria 02/2012, para a “operacionalização e a execução do projeto ‘CRAS I’” (fls. 259), em continuidade ao Termo de Parceria 02/2011.

Secretaria Municipal de Saúde não se preocupou em dar maior transparência aos contratos.

Aliás, quando ao tema, por meio do Portal da Transparência foram requisitados os Planos de Metas analisados pelo Município, e, em resposta, o secretário da saúde informou que estes já estariam disponíveis:

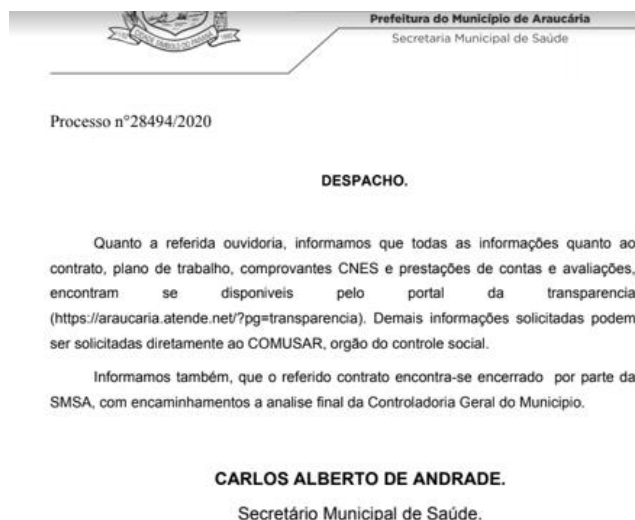


Figura 6 – Resposta ao pedido realizado no Portal da Transparência do município.

Ocorre que da análise do portal de Transparência não se verificar nenhum dos documentos de análise de metas e balancetes. Ademais, o COMUSAR, que seria órgão de controle social, sequer possui página oficial. Portanto, nota-se que há significativa precariedade na prestação de informações ao contribuinte.

11.5 São José dos Pinhais

Diferentemente dos demais municípios analisados, São José dos Pinhais não realiza parcerias na saúde pelo intermédio de Organizações Sociais. Para contratação de mão de obra o município faz uso da modalidade denominada “credenciamento”, na qual médicos, enquanto pessoa física, são cadastrados e, então, contratados por meio de inexigibilidade de licitação – como um prestador de serviço temporário:

(...) Como já observado anteriormente, verifica-se que o Município de São José dos Pinhais, de fato, tem logrado êxito em ter em seus quadros estatutários a imensa maioria dos médicos que ali atuam (dos 385 profissionais, apenas 30 são terceirizados). Essa situação comprova a efetiva complementariedade que a terceirização dos serviços de saúde significa neste município, o que configura sua plena constitucionalidade. O credenciamento público não é forma ilegal de seleção e contratação de profissionais de saúde, como tem restado patente das decisões desta Casa (Consulta nº 408048/08), e do TCU (autos 656/95). De todo modo, o número

diminuto de médicos contratados desta forma (menos de 10% do total de médicos atuantes no município), indica que a modalidade não tem sido utilizada como substituição da prestação direta dos serviços de saúde por servidores estatutários, mas apenas como forma complementar (...). Por fim, o fato de a lei prever a preferência de contratação de entidades filantrópicas não invalida as contratações de pessoas físicas, diante, especialmente, das características dos serviços contratados. Não há muito sentido em se contratar uma entidade filantrópica cujo objeto de atuação seja a prestação de serviços médicos em sistema de plantão, por exemplo. Assim, parece razoável e proporcional que pessoas físicas sejam mais adequadas à prestação dos serviços contratados, do que entidades filantrópicas. (...) o credenciamento pode ser utilizado, de forma complementar, para suprir eventual demanda reprimida de serviço de saúde, bastando que seja precedido de estudos que demonstrem suas vantagens à contratação direta ou a inviabilidade de competição, sendo que os profissionais de saúde contratados poderão atuar tanto em unidades públicas de saúde quanto em seus próprios consultórios e clínicas (...) (TCE-PR, Representação, Processo 847110/18, 12 de fevereiro de 2020 – Sessão nº 4, IVENS ZSCHOERPER LINHARES)

Dos municípios analisados, a forma de contratação de mão de obra na área de saúde em São José dos Pinhais foi a que mais se distanciou dos demais, pois não fez uso do intermédio de OS e, além disso, a inexigibilidade de licitação se deu através de credenciamento.

O procedimento de credenciamento é expressamente reconhecido pelo Tribunal de Contas da União, cujo fim é a contratação de serviços médicos-assistenciais complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde, pois os serviços prestados no SUS possuem preço pré-fixado e possuem nível de demanda superior ao oferecido diretamente pelo Poder Público:

É possível a utilização de credenciamento – hipótese de inviabilidade de competição não relacionada expressamente no art. 25 da Lei 8.666/1993 – para contratar prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, que tem como peculiaridades preço pré-fixado, diversidade de procedimentos e demanda superior à capacidade de oferta pelo Poder Público, quando há o interesse da Administração em contratar todos os prestadores de serviços que atendam aos requisitos do edital de chamamento. (Acórdão nº 784/2018 – TCU – Plenário, Rel. Min. Marcos Bemquerer, Sessão 11/04/2018)

A fim de averiguar se há legitimidade no credenciamento de médico, segundo o TCE do PR, é necessário que a análise do número dos servidores que ocupam o cargo de médico no município, esclarecendo, portanto, a composição do quadro (lotação e carga horária). Além disso, é necessário também apresentar os candidatos nomeados em concursos públicos que ofertaram vagas para médicos. O objetivo, com a análise dos referidos dados, é demonstrar que o credenciamento é uma forma residual e complementar de suprir a demanda de médicos, não suprida por

servidores concursados. Ademais, é necessário que a Administração Pública tenha interesse de contratar todos que se enquadram nas condições definidas.

Neste sentido, há decisões do TCU:

Há que se levar em conta as peculiaridades dos serviços de saúde no âmbito do SUS, que têm preço pré-fixado, normalmente possuem um nível de demanda superior ao que pode ser oferecido diretamente pelo Poder Público e envolvem uma gama enorme de diferentes procedimentos. Tendo em vista tais características e outras, a figura do credenciamento parece se ajustar bem a essa realidade. A administração tem o interesse de contratar todos que se enquadram nas condições definidas pelo Poder Público, caracterizando uma situação de inexigibilidade de licitação. Essa forma de seleção favorece o usuário, na medida em que aumenta suas opções para a realização de consultas, tratamentos, exames, ao mesmo tempo em que resguarda o princípio da impessoalidade.” (TCU, TC 016.171/94-2. Decisão nº 104/1995 – Plenário, Rel. Min. Adhemar Paladini Ghisi, DOE 27/03/1995). Ainda: REPR 019.179/2010-3, Acórdão nº 1215/2013 – Plenário, Rel. Min. Aroldo Cedraz, Sessão 22/05/2013).

Após representação do Ministério Público Estadual o TCE PR, no processo sob nº 847110/18 (acórdão 359/20) compreendeu pela viabilidade da contratação de pessoa física, para prestação de serviço médico nas unidades do Município (sem concurso público). Para o TCE PR restou comprovado que se trata de contratação complementar e, ainda, que a lei orgânica do SUS viabilizaria a contratação por meio de credenciamento (Portaria SUS nº 2567, 25/11/2016).

12. Conclusão

Os Contratos de Gestão e a constituição das Organizações Sociais na década de noventa tiveram por propósito flexibilizar a gestão dos serviços de saúde promovidos por entidades privadas e, ao mesmo tempo, garantir que a economicidade e a isonomia forma mantidas.

Ocorre que o entendimento do Tribunal de Contas da União (sob nº 018.739/2012-1) é que a prestação de serviços diretos pelo Estado deve ser o meio preponderante no SUS, de modo que a transferência das atividades às entidades privadas deverá ser realizada apenas como meio de complementar a oferta do serviço pelo poder público. Esse entendimento é controvertido na doutrina, pois se argumenta que a transferência do gerenciamento de serviços públicos ao terceiro setor não perderia o caráter público do serviço e, conseqüentemente, não seria necessária a prestação direta.

Apesar da polarização, fato é que a transferência do gerenciamento da gestão de unidades públicas de saúde deve ser motivada, demonstrando, em processo administrativo, que a terceirização da gestão viabilizará no melhor desempenho e economicidade dos serviços. Para isso o TCU sugere que seja realizado um estudo de comparação dos custos de execução e das vantagens na produtividade, bem como na economicidade.

Outro ponto de extrema importância é que a elaboração do Contrato de Gestão seja pautada em indicadores que gerem informações fidedignas do desempenho da entidade no gerenciamento da unidade pública. Os indicadores devem ser parâmetros concretos e objetivos, conforme instituí a ANS no Programa de Monitoramento da qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS).

Dos documentos analisados conclui-se que existem muitas inconsistências na fiscalização dos Contratos de Gestão, de modo que as metas e indicativos de qualidade servem apenas para mostrar crises agudas do contrato, mas não a eficiência e a qualidade do serviço. Outro fato que pode ser observado é a distorção no propósito das parcerias, de modo que a lógica empregada acaba sendo a de mera contratação de prestadores de serviços, através da intermediação de Organização Social, sem a efetiva comprovação comparativa na melhoria da qualidade e eficiência do serviço prestado.

Deve-se dizer que o modelo de estabelecimento de metas e indicadores é uma excelente forma de gerenciamento, desde que estes reflitam as reais dificuldades das unidades gerenciadas, fato este não observado nas análises realizadas neste trabalho.

É necessário mencionar que uma gestão voltada aos resultados poderia ser aplicada a própria Administração Pública, como prevê o art. 37, §8º da Constituição Federal. No entanto, em decorrência de fatores políticos é muito difícil que isso seja efetivado fora da esfera privada.

A importância da imputação de metas como indicativos das expectativas de desempenho, é uma acertada forma de mensurar o trabalho dos serviços públicos prestados. No entanto, é inegável que a avaliação e monitoramento dos indicadores fica aquém do necessário para averiguar efetivamente o estado do serviço prestado pela entidade.

Conforme explorado pelo TCU, no processo de nº 018.739/2012-1, os municípios não se preparam adequadamente para assumir as atribuições vinculadas a fiscalização e análise da gestão, de modo que uma fraca supervisão do Contrato de Gestão abre espaço para desvio de função e patrimônio. As equipes que realizam a análise periódica das metas e indicadores deveriam adquirir expertise técnica específica na área de gestão de saúde, de modo a evitar análises superficiais e pouco acertadas.

Com a presente pesquisa foram pontuados alguns dos principais problemas decorrentes de Contrato de Gestão na área da saúde e observado que o poderio da gestão privada, reconhecida pela flexibilidade, rapidez e inovação técnica, costuma ser ofuscado por inconsistências contratuais e falta de atualização no ordenamento jurídico que regulamenta o tema.

Há problemas recorrentes que não são tratados pela legislação interna, de modo que as brechas viabilizam desvirtuamento do contrato. Um exemplo claro é que, normalmente, uma OS tem acreditação em vários municípios dos Estados do Brasil. No entanto, os administradores e até mesmo servidores não são impedidos de atuar em mais de um município (apesar de ser inviável adequar a carga horária de trabalho). Outro comum problema é o fato de a quarteirização de mão de obra gerar o mal desempenho técnico dos serviços, de modo a criar a superlotação de hospitais especializados por falta de atendimento eficiente nas UPAs.

Pelo exposto, buscou-se explorar o regime normativo do Contrato de Gestão, bem como abordar como a jurisprudência vêm analisando os casos e enfrentando o objeto de estudo proposto. Além disso, foi analisado os Contratos de Gestão dos municípios de Curitiba e Região Metropolitana, a fim de reconhecer se havia no caso contrato a transparência efetiva dos contratos, dos planos de metas e dos relatórios de análise periódica. Com a análise desta documentação conclui-se que há falta de transparência nos sites oficiais, seja das entidades ou dos municípios. Além disso, não se observou a objetividade e profundidade de análise nos indicadores de metas, fato que inviabiliza a efetivo reconhecimento da qualidade do serviço prestado pelas OSs.

13. Referências

ALMEIDA, Karen S. Organizações sociais: (des)controle social e restrições ao direito à saúde. In: Ser Social, Brasília, nº 15, jul./dez. 2004.

AMAGOH, F. **Information asymmetry and the contracting out process.** The Innovation Journal. The Public Sector Innovation Journal, 2009.

ARAGÃO, Alexandre Santos. **O princípio da eficiência.** Revista de Direito Administrativo. RJ, 2004, jul. nº 237, p. 1).

AYRES, RAFAEL MORAIS GONÇALVE. **A terceirização e os contornos para a atuação das Organizações Sociais na Área da Saúde Segundo a Orientação do Supremo Tribunal Federal.** Monografia, Centro Universitário Curitiba, 2020.

DOMBERGER, S; JENSEN, P. **Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects.** Oxford Review of Economic Policy, 1997.

GABARDO, Emerson. **Eficiência e legitimidade do estado.** Barueri/ SP: Manole, 2003.

IGNÁCIO, Maria Gabriela Turetta de Lima. As Potencialidades e Vantagens da Adoção da Concessão Administrativa na Área da Saúde. Centro Universitário Curitiba (Trabalho de Conclusão de Curso), 2018.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo.** 5ª Ed., SP: Saraiva, 2010.

MÂNICA, Fernando Borges. **Prestação de Serviços de Assistência à Saúde pelo Municípios: desafio de garantir o direito à saúde; prestação estatal; prestação privada.** BH: Fórum, 2017.

MÂNICA, Fernando Borges. **Participação Privada na Prestação de Serviços Públicos de Saúde**. Universidade de São Paulo (tese de doutorado), 2009.

MÂNICA, Fernando Borges. **Complementaridade da participação privada no SUS**, 2015.

MARCOVITCH, J. **Da exclusão à coesão social: profissionalização do terceiro setor**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

OLIVEIRA, Helen Cristina Silva. **Desempenho do Contrato de Gestão e a Situação Econômico-Financeira dos Hospitais Gerais Administrados por Organizações Sociais de Saúde: uma análise no Estado de São Paulo**.

REIS, Luciano Elias. **Convênios administrativos como instrumentos para a eficiência do Estado e o desenvolvimento social**. Dissertação de mestrado apresentado no programa de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 31 Ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Uma análise crítica do ideário do “terceiro setor” no contexto neoliberal e as parcerias entre a administração pública e sociedade civil organizada no Brasil**. Dissertação, 2006, programa de Mestrado da Universidade Federal do Paraná.